



**Elsa Maria Viegas
Rodrigues**

**Avaliação de Desempenho dos Enfermeiros e
Percepção de Justiça Organizacional**



**Elsa Maria Viegas
Rodrigues**

**Avaliação de Desempenho dos Enfermeiros e
Percepção de Justiça Organizacional**

Dissertação apresentada à Universidade de Aveiro para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre em Gestão Pública, realizada sob a orientação científica da Professora Doutora Cláudia Sofia Sarrico Ferreira da Silva, Professora Auxiliar da Universidade de Aveiro (Orientadora) e do Professor Doutor Rui Armando Gomes Santiago, Professor Auxiliar da Universidade de Aveiro (Co-orientador)

o júri

presidente

José Manuel Lopes da Silva Moreira, Professor Associado com Agregação da Universidade de Aveiro

Maria dos Anjos Coelho Rodrigues Dixe, Professora Coordenadora do Instituto Politécnico de Leiria

Prof^a Dr^a Cláudia Sofia Sarrico Ferreira da Silva, Professora Auxiliar da Universidade de Aveiro (Orientadora)

Prof. Dr. Rui Armando Gomes Santiago, Professor Auxiliar da Universidade de Aveiro (Co-orientador)

agradecimentos

Agradeço reconhecido aos meus orientadores, Professora Doutora Cláudia Sarrico e Professor Doutor Rui Santiago, o tempo dispendido, o saber, os conselhos e os incentivos, que nos deram confiança e alento para a concretização do estudo.

Aos Conselhos de Administração das Instituições que permitiram a colheita de dados e, muito especialmente, aos colegas que preencheram os questionário, pela disponibilidade, simpatia e incentivo.

Aos colegas de Mestrado e, em especial, à Clara e ao Jorge, pelo apoio, estímulo e confiança que me transmitiram.

Ao Garrido, à Catarina e à Joana, pela paciência e compreensão nas ausências, pelo carinho e apoio incondicional.

A todos os que sempre acreditaram e me apoiaram um sincero obrigado.

palavras-chave

Avaliação de desempenho, percepção de justiça organizacional, atitudes, satisfação dos enfermeiros com o processo de avaliação de desempenho.

resumo

As alterações introduzidas pela actual reforma da Administração Pública preconizam uma gestão determinada por objectivos motivando os trabalhadores para um desempenho de qualidade reconhecendo o mérito e a excelência.

A avaliação de desempenho dos enfermeiros regulamentada desde 1993, estabelece como princípios orientadores a objectividade, a continuidade, a flexibilidade e a periodicidade, em que a atribuição de uma menção qualitativa resulta da avaliação contínua centrada no conteúdo funcional de cada categoria profissional.

A abordagem da justiça organizacional justifica-se, tendo em conta os efeitos das percepções de (in)justiça nas atitudes e comportamentos das pessoas. Essas reacções podem ter efeitos directos e indirectos no funcionamento dos grupos e da organização.

Neste contexto, surge este estudo, não experimental, transversal e correlacional de tipo quantitativo, para o qual definimos como objectivos fundamentais: conhecer o nível de satisfação dos enfermeiros com o processo de avaliação de desempenho e variáveis relacionadas; avaliar a percepção de justiça organizacional dos enfermeiros e analisar as possíveis relações entre a satisfação com o processo de avaliação de desempenho e a percepção de justiça organizacional.

Os dados foram obtidos, através da aplicação de um questionário aos enfermeiros do Hospital em estudo e concluímos que, os enfermeiros avaliam positivamente o nível de satisfação com o processo de avaliação de desempenho, com valores superiores na dimensão comportamental, referente aos aspectos interaccionais do que na dimensão cognitiva, relacionada com os aspectos procedimentais. Os enfermeiros chefes são a categoria profissional com nível mais baixo de satisfação na dimensão referente aos aspectos interaccionais.

A análise dos dados referentes ao nível de finalização das diferentes fases do processo de avaliação indicam uma clara descontinuidade dado que, apenas 23,8% dos enfermeiros participa na elaboração das normas e critérios e, inversamente, 97,6% elaboraram o relatório crítico de actividades sendo este o documento de suporte documental que permite a atribuição da menção qualitativa reforçando assim as críticas de burocratização do processo. Relativamente à percepção de justiça organizacional verificamos que a vertente distributiva é a que apresenta valores mais baixos sendo a vertente interaccional aquela em que se verifica valores médios mais elevados. Verificámos existirem correlações positivas e significativas entre as dimensões procedimental e interaccional da percepção de justiça, quer para a dimensão cognitiva quer para a dimensão comportamental do nível de satisfação com a avaliação de desempenho dos enfermeiros.

O estudo reforça a convicção de que o processo de avaliação de desempenho deve ser mantido tal como regulamentado, devendo os esforços serem canalizados para corrigir os aspectos referentes à precisão com que o processo avalia o desempenho e o cumprimento de todas as etapas o que só se consegue com a participação reflectida na adesão a um sistema de valores que privilegie a qualidade e definição de indicadores de produtividade e qualidade dos cuidados de enfermagem.

keywords

Appraisal, perception of organizational justice, attitudes, nurses' satisfaction with the appraisal scheme.

abstract

The changes introduced by the current reform of Public Administration envisage a style of management determined by objectives which motivate professionalism and recognize merit and excellence in workers. The regular appraisal of nursing staff has, since 1993, established as its guiding principals: objectivity, continuity, flexibility and periodicity, so that the subsequent qualitative assessment results from a continuous evaluation centred on the job description of each professional category. The approach to organizational justice is justified by the perceptions of (in)justice in the attitudes and behaviour of individuals. These reactions could have a direct and indirect effect on the functioning of the working teams and their organization. This investigation was developed along these lines and is not intended to be experimental, transversal, nor correlational in a quantitative sense, for it defines the following objectives: the determination of the level of satisfaction of the nurses with the appraisal system and related factors, the assessment of the perception of nurses in relation to organizational justice and the analysis of the possible relationships between satisfaction with the appraisal process and perception of organizational justice. The data were obtained through the application of a questionnaire to the nursing staff of the hospital involved in this case study. We concluded that the nurses had made a positive assessment of their level of satisfaction with the appraisal system, attributing higher scores to the behavioural dimension in relation to interactive aspects, as opposed to the cognitive dimension in relation to the procedural aspects. The head nurses were the professional category showing the lowest level of satisfaction with regard to the interactive aspects. The analysis of the data regarding the level of completion of the different phases of the appraisal process indicates a clear discontinuity as only 23.8% of the nurses participated in the elaboration of the norms and criteria as opposed to 97.6% of those who elaborated the critical report on the activities. This report served as documental support which allowed for the attribution of a qualitative assessment, hence reinforcing criticism with respect to the bureaucratic aspects of the process. As regards the perception of organizational justice, we verified that the distributive aspect presents the lowest scores whilst the interactive aspect presents higher mean values. We likewise verified positive and significant correlations between the procedural and interactive perceptions of justice, both in the cognitive dimension as well as in the behavioural dimension of the level of satisfaction in the appraisal scheme for nurses. The study reinforces the conviction that the current appraisal system should be maintained and that efforts should be channelled into the correction of aspects related to the precision with which the process assesses the performance and subsequent fulfilment of all the stages. This will only succeed with a judicious participation based on the adhesion to a system of values which favours professionalism and a clear definition of indicators of productivity and quality of nursing care.

ÍNDICE GERAL

O Júri.....	ii
Agradecimentos	iii
Resumo	iv
Abstract.....	v
ÍNDICE GERAL	vi
ÍNDICE DE QUADROS	viii
ÍNDICE DE GRÁFICOS.....	xi
ÍNDICE DE FIGURAS	xiii

INTRODUÇÃO	1
PARTE I – COMPORTAMENTO ORGANIZACIONAL, AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO E JUSTIÇA ORGANIZACIONAL.....	7
1. O COMPORTAMENTO ORGANIZACIONAL.....	8
1.1. MOTIVAÇÃO E TEORIAS MOTIVACIONAIS	12
1.2. ATITUDES E SATISFAÇÃO PROFISSIONAL	22
1.3. HOSPITAL – ORGANIZAÇÃO HUMANA	26
1.3.1. Estratégias de Poder no Hospital.....	31
1.3.2. Enfermagem em Contexto Hospitalar	38
2. AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO	44
2.1. SISTEMAS DE AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO	49
2.2. MONITORIZAÇÃO E CONTROLO DA AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO	52
2.3. AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO DOS ENFERMEIROS	59
2.3.1. Os Intervenientes e o Processo	62
2.3.2. Limitações e Perspectivas Futuras.....	66
3. JUSTIÇA ORGANIZACIONAL.....	69
3.1. JUSTIÇA DISTRIBUTIVA.....	70
3.2. JUSTIÇA PROCEDIMENTAL E JUSTIÇA INTERACCIONAL	72
3.3. A JUSTIÇA ORGANIZACIONAL NA AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO	78

PARTE II – ESTUDO EMPÍRICO DO NÍVEL DE SATISFAÇÃO DOS ENFERMEIROS COM O PROCESSO DE AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO E A PERCEPÇÃO DE JUSTIÇA ORGANIZACIONAL.....	83
1. METODOLOGIA DO ESTUDO	84
1.1. CONCEPTUALIZAÇÃO, HIPÓTESES E VARIÁVEIS DO ESTUDO	84
1.2. AMOSTRA DO ESTUDO	89
1.3. INSTRUMENTOS DE RECOLHA DE INFORMAÇÃO	90
1.3.1. Caracterização Sócio-demográfica e Profissional dos Enfermeiros.....	91
1.3.2. Questionário de Avaliação da Satisfação com a Avaliação de Desempenho e Avaliação do Nível de Realização do Processo de Avaliação de Desempenho ...	92
1.3.3. Questionário de Avaliação da Percepção de Justiça Organizacional	105
1.4. PROCEDIMENTOS DE RECOLHA E TRATAMENTO DE DADOS	106
2. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS E DISCUSSÃO	108
2.1. CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA E PROFISSIONAL DOS ACTORES EM ESTUDO.....	108
2.2. NÍVEL DE SATISFAÇÃO COM O PROCESSO DE AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO DOS ENFERMEIROS	111
2.4. HIPÓTESES DO ESTUDO: TESTE E ANÁLISE.....	132
3. CONCLUSÕES.....	147
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	153
LEGISLAÇÃO	158
ANEXOS	
ANEXO 1: Instrumento de Colheita de Dados	
ANEXO 2: Questionário preliminar de avaliação do nível de satisfação dos enfermeiros com o processo de avaliação de desempenho	
ANEXO 3: Documento utilizado para recolher os dados obtidos através do método de reflexão falada	
ANEXO 4: Pedidos de autorização para recolha dos dados, dirigidos aos conselhos de administração das instituições que colaboraram no estudo	

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1: Modelo de classes de justiça	75
Quadro 2: Fases do processo de avaliação	79
Quadro 3: Questionário preliminar de avaliação de satisfação com o processo de avaliação de desempenho	95
Quadro 4: Dimensões do questionário de avaliação de satisfação com o processo de avaliação de desempenho	97
Quadro 5: Estatísticas de homogeneidade dos itens e coeficientes de consistência interna Alfa de Cronbach do questionário de avaliação da satisfação dos enfermeiros com o processo de avaliação de desempenho	100
Quadro 6: Consistência interna da escala (valores globais de cada dimensão)	101
Quadro 7: Distribuição das correlações item/ subescala	103
Quadro 8: Distribuição das correlações inter-escalas	104
Quadro 9: Itens de avaliação da justiça organizacional	105
Quadro 10: Distribuição da amostra segundo a idade	108
Quadro 11: Distribuição da amostra segundo o sexo	109
Quadro 12: Distribuição da amostra segundo o estado civil	109
Quadro 13: Caracterização da amostra quanto ao tempo de exercício profissional	111
Quadro 14: Distribuição das respostas à questão: “A minha avaliação teve em conta as normas e critérios definidos para o desempenho.”	112
Quadro 15: Distribuição das respostas à questão: “O processo de avaliação foi extremamente importante na medida em que possibilitou a minha participação na solução dos problemas da organização que afectam o meu desempenho.”	113
Quadro 16: Distribuição das respostas à questão: “O último processo de avaliação avaliou de facto as minhas competências profissionais.”	114
Quadro 17: Distribuição das respostas à questão: “O último processo de avaliação afectou negativamente o relacionamento com o meu supervisor.”	114
Quadro 18: Distribuição das respostas à questão: “O meu avaliador levou em consideração as minhas opiniões.”	115

Quadro 19: Distribuição dos enfermeiros por sexo, consoante a satisfação com o processo de avaliação	116
Quadro 20: Distribuição das respostas à questão: “Sinto que o processo de avaliação conduziu a uma avaliação injusta.”	116
Quadro 21: Distribuição das respostas à questão: “Penso que a avaliação de desempenho me ajudou a compreender e a organizar melhor o meu trabalho.”	117
Quadro 22: Distribuição das respostas à questão: “O processo de avaliação foi extremamente importante para a melhoria do meu desempenho individual e da equipa.”	118
Quadro 23: Distribuição das respostas à questão: “O último processo de avaliação foi claro quanto ao meu nível de desempenho.”	119
Quadro 24: Distribuição das respostas à questão: “O meu avaliador estava suficientemente capacitado para cumprir o processo de avaliação.”	120
Quadro 25: Distribuição das respostas à questão: “O processo de avaliação foi extremamente importante na medida em que me permitiu identificar necessidades de formação e desenvolvimento pessoal, inseridos no contexto organizacional.”	120
Quadro 26: Distribuição das respostas à questão: “O actual processo permite a avaliação do desempenho de forma precisa.”	121
Quadro 27: Distribuição das respostas à questão: “O processo de avaliação foi extremamente importante para estimular/criar espírito de cooperação e entendimento mútuo entre avaliadores e avaliados.”	122
Quadro 28: Distribuição das respostas à questão: “Considero-me bem informado sobre o processo de avaliação (objectivos, normas e critérios, etapas).”	123
Quadro 29: Distribuição das respostas à questão: “Considero que estava bastante motivado para a realização da avaliação de desempenho.”	123
Quadro 30: Distribuição das respostas quanto à questão: “Estou satisfeito com o meu processo de avaliação.”	124
Quadro 31: Distribuição da amostra quanto aos valores médios e desvio padrão em cada item de avaliação da satisfação com o processo de avaliação	125
Quadro 32: Distribuição da amostra quanto ao nível de satisfação com o processo de avaliação de desempenho	126

Quadro 33: Distribuição da amostra quanto ao nível de realização das etapas do processo de avaliação.....	128
Quadro 34: Caracterização da amostra quanto à percepção de justiça organizacional.....	130
Quadro 35: Caracterização da amostra quanto ao nível da percepção de justiça organizacional consoante a categoria profissional dos inquiridos	131
Quadro 36: Resultado da aplicação do teste Kolmogorov-Smirnov para o nível de satisfação com a avaliação de desempenho	133
Quadro 37: Resultados da aplicação do teste de Kruskal-Wallis ao nível de satisfação com a avaliação de desempenho consoante a categoria profissional dos avaliados.....	134
Quadro 38: Matriz de correlação de Spearman entre o nível de satisfação com a avaliação de desempenho (suas dimensões) e a idade do enfermeiro.....	136
Quadro 39: Resultados da aplicação do teste U de Mann-Whitney, do nível de satisfação com a avaliação de desempenho consoante o sexo do avaliado.....	138
Quadro 40: Matriz de correlação de Spearman entre a satisfação com a avaliação de desempenho (suas dimensões) e o tempo de serviço	138
Quadro 41: Resultados da aplicação do teste U de Mann-Whitney, do nível de satisfação com a avaliação de desempenho consoante o tipo de horário.....	140
Quadro 42: Resultados da aplicação do teste U de Mann-Whitney, do nível de satisfação com a avaliação de desempenho consoante o nível de realização do processo.....	142
Quadro 43: Matriz de correlação de Spearman entre o nível de satisfação com a avaliação de desempenho (suas dimensões) com a percepção de justiça organizacional (suas dimensões).....	144

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1: Distribuição da amostra segundo a formação profissional.....	110
Gráfico 2: Distribuição da amostra segundo a categoria profissional.....	110
Gráfico 3: Distribuição da amostra segundo o tipo de horário praticado.....	111
Gráfico 4: Distribuição da amostra quanto ao nível de realização das etapas do processo de avaliação	128

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1: Hierarquia das necessidades segundo Maslow	15
Figura 2: Como funciona a Teoria da Expectativa.....	21

INTRODUÇÃO

A avaliação de desempenho é realizada por muitas organizações com uma variedade de propósitos desde apoiar decisões administrativas (como aumentos ou promoções) até incremento do desempenho e desenvolvimento profissional. Como tal, deveria ser uma preocupação constante da organização na direcção da promoção do desenvolvimento, de forma a garantir a qualidade do desempenho dos profissionais. Torna-se pois, cada vez mais necessário promover acções que associem o desenvolvimento profissional aos objectivos da organização, utilizando métodos que direccionem o desempenho para a obtenção de melhores resultados.

Revelando-se um dos procedimentos dentro da gestão de pessoal mais importantes para a organização a avaliação de desempenho é igualmente um dos temas mais investigados na área da psicologia organizacional.

Russell e Goode (1998) referem que as investigações sobre a eficácia da avaliação de desempenho se têm concentrado em critérios psicométricos, tais como: erro de halo, leniência, e validade, ou critérios de utilização como: treino dos utilizadores, promoções, ou sistemas de recompensa e que uma terceira classe de critérios (os critérios qualitativos) não têm recebido muita atenção, embora sejam vistos como igualmente importantes, predizendo a validade da avaliação de desempenho. Os critérios qualitativos abarcam as opiniões dos empregados sobre os sistemas de avaliação, incidindo principalmente sobre temas relacionados com a satisfação com o processo ou com a forma como decorreu a interacção entre os intervenientes. As opiniões dos funcionários sobre o processo de avaliação de desempenho podem ser um indicador crucial da validade e fidelidade do mesmo. Uma questão importante de análise consiste em determinar até que ponto os funcionários aceitam o resultado e, concomitantemente, o sistema usado (as medidas e procedimentos) da avaliação. Os critérios qualitativos podem ser percebidos de forma diferente por supervisores e supervisados, uma vez que os supervisores são simultaneamente gestores do sistema de avaliação enquanto avaliadores e o alvo das avaliações.

A Ordem dos Enfermeiros (2003: 140) considera que “a qualidade em saúde é uma tarefa multiprofissional e tem um contexto de aplicação local. Nem a qualidade em saúde se obtém apenas com o exercício profissional dos enfermeiros, nem o exercício

profissional dos enfermeiros pode ser negligenciado ou deixado invisível, nos esforços para obter qualidade em saúde”. O exercício profissional dos enfermeiros insere-se num contexto de actuação multiprofissional, distinguindo-se dois tipos de intervenções: autónomas e interdependentes. As intervenções interdependentes são iniciadas por outros técnicos da equipa e em que os enfermeiros assumem a responsabilidade pela sua implementação (prescrições médicas), enquanto que nas intervenções autónomas o enfermeiro assume a responsabilidade pela prescrição e implementação técnica da mesma. Assim, na prática da enfermagem a qualidade dos cuidados prestados ao doente depende directamente do desempenho de quem os executa.

A Lei nº 10/2004 que cria o sistema integrado de avaliação do desempenho da Administração Pública, visa o desenvolvimento coerente e integrado de um modelo global de avaliação que constitua um instrumento estratégico para a criação de dinâmicas de mudança, de motivação profissional e de melhoria na Administração Pública, consideradas essenciais para a introdução de uma nova cultura de gestão pública e para uma correcta apreciação de recursos alocados a cada organismo e a cada função. Essa nova filosofia passa por uma gestão determinada por objectivos, orientada para resultados e dotada de instrumentos de gestão necessários para actuar e responsabilizar, motivando os trabalhadores para um desempenho de qualidade, com reconhecimento do mérito e da excelência.

Os funcionários têm opiniões mais positivas sobre a avaliação de desempenho e sobre o processo de avaliação na medida em que percebem que os factores sobre os quais são avaliados são relevantes para o seu desempenho (Dipboye e Pontbriand, 1981). Mas, a avaliação deve ser utilizada com a máxima seriedade e mediante o uso de critérios racionais e objectivos de julgamento. Decisões tomadas com elevado grau de subjectividade podem afectar injustamente os avaliados e terem implicações adicionais e desnecessárias à organização.

O interesse pelas questões da justiça organizacional em organizações como os hospitais, justifica-se pela variabilidade de procedimentos realizados, que em nosso entender fazem deles excelentes campos de análise. Não havendo estudos realizados no nosso país, na área da justiça organizacional em hospitais, a variedade de procedimentos sugerem variáveis não estudadas neste contexto e que podem influenciar os julgamentos de justiça. Cawley *et al* (1998) reforçam a

ideia de que a justiça é uma componente importante no processo de avaliação na medida em que pode ser antecedente mas igualmente consequente da reacção dos intervenientes.

Relativamente aos efeitos das percepções de (in)justiça nas atitudes e comportamentos das pessoas, Rego (2002:83) refere que *“existe um conjunto de reacções, de atitudes e de comportamentos que as pessoas podem adoptar como resposta às percepções de (in)justiça e que essas reacções podem exercer efeitos directos e indirectos sobre o funcionamento dos grupos e organizações. Se querem ser eficazes, criar ambientes de satisfação e empenhamento nas organizações os gestores não podem ignorar esses efeitos.”* As pessoas reagem à justiça dos processos e ao modo digno e respeitador como são tratadas e não apenas à justiça dos resultados.

Entendemos, assim, que seria pertinente estudar a avaliação de desempenho dos enfermeiros e a sua percepção de justiça organizacional, dada a importância que estes profissionais vêm assumindo nos serviços de saúde e os reflexos que estes aspectos podem ter na qualidade de cuidados prestados.

Afigurou-se-nos de extrema importância analisar o papel que cada enfermeiro, considerado individualmente e integrado numa equipa, pensa desempenhar, bem como o juízo de valor que tem sobre os resultados finais do seu trabalho e da avaliação realizada pelos seus supervisores.

No sentido de desenvolver o nosso estudo, interrogámo-nos sobre a importância que os enfermeiros atribuem ao sistema de avaliação de desempenho, em que medida o percebem como justo, e como são valorizados os resultados do processo de avaliação. Questionámo-nos, igualmente, em que medida se relaciona a percepção de justiça organizacional com a satisfação dos enfermeiros com o seu sistema de avaliação e, principalmente, qual o nível de satisfação dos enfermeiros com o sistema de avaliação pelo qual é avaliado o seu desempenho. Mas, estes aspectos não podem ser analisados sem considerar o subsistema de enfermagem da instituição onde o enfermeiro se integra. Importará verificar se existem condições favoráveis à prestação de cuidados de qualidade, com impacto na vida e na saúde das pessoas. Interessa verificar se foram definidos com clareza a missão, os valores e os princípios que devem orientar a prática profissional, adoptando uma metodologia de trabalho que estimule e favoreça uma prática profissional autónoma e responsável, criando a adoptando os instrumentos indispensáveis à operacionalização de uma prática de cuidados de qualidade.

Às motivações anteriormente referidas acresce o facto de desempenharmos funções de gestão e determos responsabilidades institucionais que tornam imperiosa a necessidade de conhecer o nível de satisfação dos enfermeiros com o processo de avaliação de desempenho e, simultaneamente, o seu nível de percepção de justiça organizacional.

Para efeitos da nossa investigação e considerando o contexto específico em que ela se desenvolveu, bem como, o sistema de avaliação de desempenho dos enfermeiros, legalmente regulamentado através do Despacho nº 2/93, e implementado na instituição onde decorreu o estudo, definimos os seguintes objectivos:

- Descrever as características sócio-profissionais da população estudada;
- Conhecer as características do processo de avaliação de desempenho dos enfermeiros existente no hospital onde decorreu o estudo;
- Analisar as possíveis relações entre a satisfação com o processo de avaliação de desempenho e a percepção de justiça organizacional.

O estudo foi realizado num hospital da região centro do país, integrado no Sector Público Administrativo. Para a sua concretização utilizámos uma amostra não probabilística por conveniência, constituída pelos enfermeiros que exerciam funções nos diversos serviços da instituição.

Em termos metodológicos, a nossa opção recaiu numa abordagem privilegiando um modelo de tipo quantitativo e, tendo em consideração os objectivos delineados, enveredámos por um estudo não experimental, transversal e correlacional.

Os dados foram obtidos através da aplicação de um conjunto de instrumentos constituído por três partes distintas: a) caracterização sócio-demográfica e profissional dos enfermeiros; b) questionário de avaliação da satisfação com o processo de avaliação de desempenho; c) questionário de avaliação da percepção de justiça organizacional construído por Rego (2000).

O presente trabalho subdivide-se em duas partes, cada uma contendo diversos capítulos. A primeira parte consiste na fundamentação teórica realizada, que permitiu identificar os temas mais relevantes para fazer o enquadramento do estudo e é composta basicamente por três capítulos. Num primeiro capítulo, debatemos o comportamento organizacional, abordando a motivação e as teorias motivacionais, atitudes e satisfação no trabalho e o hospital como organização humana. O segundo capítulo aborda a avaliação de desempenho: sistemas de avaliação de desempenho, a eficácia da avaliação de desempenho

e a avaliação de desempenho dos enfermeiros. No terceiro capítulo analisamos a justiça organizacional, estudando a justiça distributiva, a justiça procedimental, a justiça interaccional e a justiça organizacional e a avaliação de desempenho.

Na segunda parte do trabalho, explanamos a conceptualização do estudo empírico. O primeiro capítulo centra-se na metodologia do estudo, desenvolvendo os seguintes aspectos: conceptualização, hipóteses e variáveis do estudo, amostra, instrumentos de recolha da informação e procedimentos de recolha e tratamento dos dados.

Outro capítulo essencial da segunda parte do estudo consiste na apresentação dos resultados e sua discussão. Iniciamos com a caracterização dos actores em estudo, seguida da análise do nível de satisfação dos enfermeiros com a avaliação de desempenho, do nível de finalização do processo de avaliação e da percepção de justiça organizacional. Concluimos o capítulo com o teste e análise das hipóteses.

O trabalho culmina com um capítulo em que expomos as conclusões, compilando os dados mais significativos obtidos na investigação e as sugestões e perspectivas para investigações futuras.

PARTE I: COMPORTAMENTO ORGANIZACIONAL, AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO E JUSTIÇA ORGANIZACIONAL

Para a realização da dissertação realizámos uma pesquisa bibliográfica que nos permitiu conhecer o estado de arte e fundamentar o estudo. Fortin (1999) considera que a revisão da literatura permite ao investigador verificar o estado dos conhecimentos na área em que está a estudar, alargar o campo de conhecimentos, estruturar o problema de investigação e estabelecer ligações entre o projecto e os trabalhos de investigação efectuados por outros investigadores. A pesquisa bibliográfica permite, pois, ao investigador contactar com uma imensa diversidade de conhecimentos que seria impossível pesquisar directamente.

Para realizar a investigação desenvolvemos uma fundamentação teórica, que nos permitiu analisar e aprofundar conhecimentos sobre avaliação de desempenho e percepção de justiça organizacional. Após a selecção dos documentos mais pertinentes, procedemos à sua organização, análise e integração e, face ao estudo pretendido, estruturámos a fundamentação teórica em três capítulos: o comportamento organizacional, a avaliação de desempenho e a justiça organizacional.

1. O COMPORTAMENTO ORGANIZACIONAL

Os problemas humanos nas organizações são um inalienável campo de estudo e oportunidade para o progresso. Designados actualmente como comportamento organizacional, o seu estudo permite estabelecer comparações entre valores humanos e valores no trabalho. A sua natureza interdisciplinar integra as ciências comportamentais e sociais, nomeadamente no relacionamento entre as pessoas e a organização.

No contexto organizacional, o comportamento humano é motivado por um conjunto de necessidades extremamente variáveis e em permanente mutação. A procura do conhecimento de tais necessidades, a sua estrutura e o modo de funcionamento, desde muito cedo foi fonte de preocupação para os investigadores, o que provocou o aparecimento de numerosos estudos.

Gerir equivale a coordenar e motivar as pessoas para alcançar os objectivos da organização. Apesar de sabermos que uma fatia importante do orçamento é canalizado para o pagamento de despesas de pessoal, deveremos ter em consideração, como refere Carvalho *et al* (2002: 34), que “dos resultados esperados do desempenho das pessoas, para além da produtividade, pode-se enfatizar a qualidade de vida no trabalho. Espera-se que os recursos humanos (...) sejam impulsionadores da satisfação dos colaboradores e clientes e não originem custos de estrutura desnecessários.”

Os objectivos da gestão de recursos humanos englobam diversos aspectos, como sejam, a motivação e desenvolvimento de competências, espírito de cooperação, gestão do conhecimento, a motivação e reconhecimento dos funcionários, a excelência de serviço ao utente, mas também, a gestão eficiente de recursos humanos, optimizando os custos face aos níveis de qualidade dos serviços.

Uma organização é “um grupo social em que existe uma divisão funcional de trabalho e que visa atingir através da sua actuação determinados objectivos, e cujos membros são, eles próprios, indivíduos intencionalmente coprodutores desses objectivos e, concomitantemente, possuidores de objectivos próprios” (Sousa, 1996: 18).

As organizações, “unidades sociais, intencionalmente construídas e reconstruídas a fim de atingir objectivos específicos” (Chiavenato, 2002: 31), constituem o tipo de

formação mais característico da sociedade contemporânea, algumas altamente complexas e diferenciadas: indústrias, empresas comerciais, empresas de serviços, universidades, hospitais, etc. Estes últimos, podem ser abordados nos mais variados paradigmas organizacionais, sejam os clássicos ou os emergentes. Câmara *et al* (2003) explicam que as teorias clássicas apresentam uma forma de gerir as organizações assente numa forte racionalidade, em que gerir para o sucesso consiste em dispensar uma atenção específica aos processos, métodos, regras e controlo interno da organização. Por seu lado, as teorias das relações humanas colocam um maior enfoque na componente emocional do homem e nas suas motivações sociais. As abordagens mais recentes consideram as organizações como sistemas em constantes permutas com o meio envolvente e, como tal, há que considerar as variáveis situacionais que caracterizam o contexto organizacional.

Segundo Frederico e Leitão (1999: 32), “as organizações tornaram-se muito complexas o que determinou o aparecimento de estruturas com vários níveis e permitiu a consecução dos objectivos de forma mais eficiente, dado que facilita o planeamento mais adequado e o controlo mais directo”.

As organizações revelam-se compostas por actividades humanas em diversos níveis de análise. Se são bem sucedidas, tendem a crescer, através do aumento do número de pessoas e, para que este possa ser administrado, há um acréscimo de níveis hierárquicos. À medida que estes aumentam, ocorre um gradual distanciamento entre as pessoas (com os seus objectivos pessoais), e a cúpula da organização (com os seus objectivos organizacionais). É este crescimento que conduz à complexidade o que exige uma interdependência mútua.

As organizações são sistemas sociais e, tal como as pessoas, têm necessidades psicológicas, papéis sociais e *status*. O seu comportamento é influenciado pelo seu grupo e pelos impulsos individuais. Assim, o comportamento organizacional resulta do estudo e aplicação do conhecimento sobre as pessoas, estruturas, tecnologia e ambiente no qual a organização opera, de forma a atingir os seus objectivos.

As *pessoas* representam o sistema social interno da organização, grupos formais e informais que se formam, mudam e dissolvem.

A *estrutura* define os relacionamentos formais das pessoas dentro da organização, com diferentes cargos, relacionadas de forma coordenada. Tais

relacionamentos criam complexos de cooperação, negociação e processo de tomada de decisão.

A *tecnologia* oferece recursos com os quais as pessoas trabalham, afectando as tarefas e influenciando os relacionamentos de trabalho. Permite que se faça mais e melhor, mas pode ser, igualmente, factor de constrangimento.

Todas as organizações operam dentro de um *ambiente externo*. Segundo Frederico e Leitão (1999: 30), “a organização está em íntima e intensa interacção com o meio ambiente. É com ele que negocia a obtenção dos recursos necessários e é nele que se inserem os clientes. É um sistema aberto que mantém relações com o ambiente físico e social, tanto interno como externo”.

A organização é um sistema inserido num meio social mais vasto e que em cada momento tem que ser capaz de encontrar o posicionamento na divisão social do trabalho e encontrar formas de motivar para essa tarefa os indivíduos que nela trabalham.

A organização deve ter em conta o comportamento organizacional e ajudar o profissional a melhorar o seu desempenho através do seu desenvolvimento em formas de crescimento e realização.

Na opinião de Ferreira *et al* (1996: 31), “todos os nossos comportamentos são fruto da influência da hereditariedade e do meio, e toda a nossa actuação é ditada quer pela nossa personalidade quer pelas nossas experiências de aprendizagem (...) os quais combinam numa relação de influência e mútua interacção o que torna o comportamento algo de evolutivo, dinâmico e criativo”.

Segundo o mesmo autor, *personalidade* é, muitas vezes, referida por expressões como atitudes reflexivas, capacidade de diálogo e coordenação, aptidão de chefia, sentido de autonomia, capacidade de negociação, ambição, bom relacionamento interpessoal, etc. A personalidade designa a combinação destas e de outras características que definem as pessoas, em termos de personalidade, de uma maneira única. O conhecimento das características da personalidade é um aspecto importante para o entendimento do comportamento profissional de alguém e para o desempenho de funções.

Ferreira *et al* (1996: 133) são da opinião que a “personalidade tal como os hábitos e impulsos mudam com a experiência, com o tempo e sob a influência de outras variáveis situacionais, a personalidade evolui também”.

As *aptidões individuais* são requisitos exigidos para preencher determinado posto de trabalho. Referem-se à inteligência e linguagem (memória, capacidade de observação, compreensão, espírito crítico, dicção verbal), aspectos sensoriais (acuidade visual, sensibilidade auditiva) e motores (agilidade e coordenação manual, precisão motora).

A razão para se falar dos aspectos relacionados com o comportamento individual nas organizações, nomeadamente a motivação, a satisfação e o empenhamento é sustentada na ideia de que através deles se pode incrementar a produtividade dos indivíduos e das organizações.

A produtividade é definida por Pina e Cunha *et al* (2003:739) como “o rácio de *outputs* sobre os *inputs* que lhes estão associados”. É um termo habitualmente confundido com variáveis individuais como o esforço, o desempenho individual e a motivação mas, também, com variáveis organizacionais como a eficácia, a eficiência, produção ou competitividade.

A diversidade de perspectivas sobre produtividade está igualmente relacionada com a diversidade de disciplinas que se dedicaram ao seu estudo desde a economia, a contabilidade, a gestão, a engenharia industrial e a psicologia. É esta última que no âmbito do nosso trabalho mais interessa, no pressuposto de que focaliza a sua atenção nos aspectos da produtividade que os indivíduos podem controlar. Alterações de comportamentos poder conduzir à mudança da produtividade.

A produtividade é mais do que a soma dos resultados individuais, pois está relacionada com a quantidade de recursos disponibilizados no processo e com a coordenação dos recursos humanos. Podemos considerar que a produtividade se refere a duas medidas: a eficiência e a eficácia sendo a primeira o rácio dos resultados em relação aos inputs e a eficácia a medida dos resultados em relação aos objectivos. A diversidade de factores organizacionais pertinentes para esta problemática inclui elementos relacionados com a organização do trabalho, as práticas de liderança, os processos de aprendizagem, a articulação entre departamentos e o relacionamento com os clientes. Assim, a avaliação da produtividade dos serviços é difícil de analisar objectivamente, pois se ao nível de indicadores quantitativos de produção há medidas relativamente fáceis de aplicar o mesmo não acontece ao nível dos indicadores qualitativos.

A procura de formas eficazes de melhorar os resultados da organização passa pela análise do desempenho individual, na perspectiva das causas do seu bom ou mau desempenho e na perspectiva das intervenções destinadas a melhorá-lo.

Dal Poz *et al* (1997) apresentam como condicionantes da produtividade a motivação, a participação, o desempenho e a informação. A relação entre a produtividade e as aptidões cognitivas decorre da existência de diferenças individuais.

Tal como referem Pina e Cunha *et al* (2003), o interesse do estudo da motivação decorre, essencialmente, da sua relação com a produtividade, existindo características que são repetidamente apontadas como relevantes para o aumento da produtividade: as capacidades individuais e a motivação.

1.1. MOTIVAÇÃO E TEORIAS MOTIVACIONAIS

A motivação é o principal factor que explica as diferenças individuais e os comportamentos dos indivíduos, implicando necessidades diferentes que variam no tempo à medida que algumas delas vão sendo satisfeitas. Daí que o estudo da motivação constitua um dos maiores desafios para a compreensão do comportamento humano.

O conceito de motivação é de difícil definição. Para Chiavenato (2002: 80), “motivo é tudo aquilo que impulsiona a pessoa a agir de determinada forma ou, pelo menos, que dá origem a uma propensão a um comportamento específico”.

Mas, se não é fácil definir a motivação, no essencial, como referem Pina e Cunha *et al* (2003), todos os conceitos tendem a incluir quatro elementos essenciais:

- estimulação: forças energéticas responsáveis pelo despoletar do comportamento;
- acção e esforço: comportamento observado;
- movimento e persistência: manutenção no tempo do comportamento motivado;
- recompensa: reforço das acções anteriores.

É, igualmente, habitual subdividir a motivação em intrínseca e extrínseca. “A motivação intrínseca refere-se aos comportamentos de trabalho que são estimulados pelo entusiasmo que o trabalho em si mesmo suscita naquele que o executa. (...) Comportamentos extrinsecamente motivados são aqueles que as pessoas levam a cabo com a finalidade de obter alguma recompensa material ou social, ou para evitar alguma forma de punição” (Pina e Cunha *et al*, 2003: 103).

A motivação será o impulso que leva a que uma pessoa tenha um comportamento específico. Este pode explicar-se mediante um processo no qual as necessidades o condicionam. O aparecimento de uma necessidade altera o estado de equilíbrio do organismo, causa um estado de tensão, insatisfação ou desequilíbrio que leva o indivíduo a desencadear uma acção ou um comportamento capaz de permitir o regresso ao estado de equilíbrio ou adaptação. O impulso para a acção pode ser provocado por estímulos externos provenientes do ambiente ou gerado internamente por processos mentais do indivíduo.

Mas, tal como refere Chiavenato (2002: 80), as pessoas têm comportamentos diferentes relativamente à motivação, “as necessidades variam de indivíduo para indivíduo, produzindo diferentes padrões de comportamento; os valores sociais também são diferentes; as capacidades para atingir os objectivos são igualmente diferentes. Para complicar ainda mais, as necessidades, os valores sociais e as capacidades variam no mesmo indivíduo conforme o tempo”.

A motivação não surge espontaneamente, ela tem que ser estimulada por uma série de princípios combinados, que poderão aumentar a percepção de valor daquilo que, efectivamente, motiva. Neste sentido, os responsáveis da organização têm um papel importante, na medida em que dominam alguns dos factores que determinam a realização profissional, logo podem geri-los. Já os funcionários devem estar capacitados para o desenvolvimento das suas atribuições e devidamente informados sobre o quê, como, quando e, principalmente, o porquê da organização precisar a sua contribuição. Não é possível estar motivado sem superar desafios e atingir metas, portanto é também função social da empresa zelar por esta dimensão, de maneira a adequar os objectivos profissionais do indivíduo aos seus objectivos estratégicos. Afinal, nada é mais motivador que o sucesso.

Por outro lado, existe alguma polémica relativamente à motivação havendo autores que a valorizam e outros não lhe atribuem grande interesse. No entanto, todas as teorias sobre motivação no trabalho procuram responder às seguintes questões:

1. O que é estar motivado?
2. A motivação é algo que decorre das características pessoais ou resulta da interacção de factores situacionais?

As diversas teorias de motivação explicadas por Neves (2001), procuram encontrar respostas e poderão ser agrupadas consoante se concentram no objecto da motivação (teorias de conteúdo), na forma como se expressa a motivação (teorias de processo) e as que enfatizam o porquê da manutenção dos comportamentos motivacionais (teorias de resultado).

Por opção de carácter metodológico centraremos a nossa abordagem exclusivamente nas teorias de conteúdo e de processo.

Teorias de conteúdo

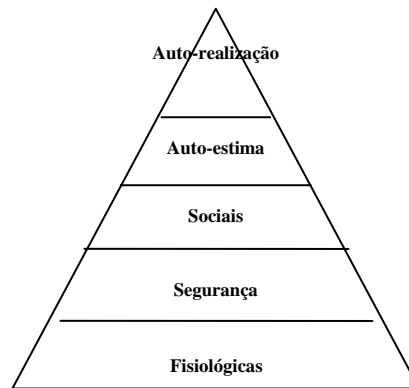
As *teorias de conteúdo* centram-se nos factores internos, estão relacionadas com as necessidades humanas, e procuram explicar a forma de agir das pessoas e as suas necessidades, sendo a motivação a fonte de energia para o comportamento. Enquadram-se nesta designação global, de acordo com Pina e Cunha *et al* (2003):

- *Teorias de conteúdo (gerais)* que se dedicam à análise dos motivos do comportamento humano de uma forma globalizante (a teoria da hierarquia das necessidades de Maslow; a teoria ERG de Alderfer e a teoria dos motivos de McClelland);
- *Teorias de conteúdo (organizacionais)* que se referem especificamente às condições de trabalho (teoria dos factores motivadores e higiénicos de Herzberg e o modelo das características da função de Hackman e Oldham).

Neves (2001) explica a teoria da hierarquia das necessidades de Maslow, (figura 1), dizendo que o autor considera a motivação humana sob a forma de uma hierarquia de necessidades (tendo na base as fisiológicas e no topo as de auto-realização), sendo que estas influenciam o comportamento humano variando consoante as situações, o que explica a diferença de desempenho de indivíduo para indivíduo. Uma necessidade deixa de ser um factor de motivação quando é satisfeita.

No entender de Pina e Cunha *et al* (2003: 104), para Maslow, “as necessidades não satisfeitas são os motivos principais do comportamento humano, havendo precedência das necessidades mais básicas para as mais elevadas”.

Figura 1: Hierarquia das necessidades segundo Maslow



Adaptado de Brandão (1997)

Bertrand e Guillemet (1994:140) afirmam que “a observação das organizações mostra que os gestores consideram que as suas necessidades de expansão (realização e desenvolvimento do seu potencial) são mais importantes para eles em situação de trabalho, enquanto pensam que as necessidades de segurança (emprego, salário) são mais importantes para os empregados pagos à hora. No entanto, estes empregados, quando são eles próprios interrogados, declaram ser, sobretudo, motivados pela sua expansão pessoal”. Assim sendo, concluem que as necessidades de nível superior agem como primeiros factores de motivação, quando as necessidades fisiológicas, de segurança e de dependência são satisfeitas de maneira razoável.

Para Pina e Cunha *et al* (2003: 104-105), “em termos práticos a teoria de Maslow sugere que os gestores se devem preocupar com a identificação do nível de satisfação das necessidades dos seus subordinados, para, desta forma, poderem responder à questão: como motivar os trabalhadores?”.

A teoria ERG de Alderfer, de acordo com os mesmos autores (2003: 105), “pode ser descrita como uma variação sobre a hierarquia das necessidades, por via do agrupamento de categorias”. ERG, refere-se a *Existence* (existência), *Relatedness* (relacionamento), e *Growth* (crescimento) e a sua relação com a teoria de Maslow é evidente: necessidades de existência (correspondem às necessidades fisiológicas e de segurança material), necessidades de relacionamento (necessidades sociais e de estima) e necessidades de crescimento (equiparadas às necessidades de realização).

Para Pina e Cunha *et al* (2003), o principal contributo desta teoria consistiu numa maior flexibilização das relações entre os níveis hierárquicos, sendo possível

uma pessoa estar simultaneamente motivada por necessidades de vários níveis e, por outro lado, a frustração da necessidade de um determinado nível pode levar a pessoa a regredir para uma necessidade de nível inferior.

Outra hipótese de explicação das motivações do comportamento humano é proposta por McClelland (1965), com base nos trabalhos de Murray de 1938, dando ênfase a três necessidades ou motivos distintos – realização, poder e afiliação, que Pina e Cunha *et al* (2003) explicam:

- *Necessidade de realização*: ser excelente, bem sucedido em situações de competição.
- *Necessidade de poder*: ganhar influência sobre os outros, forte desejo de influenciar e controlar o comportamento de outros.
- *Necessidade de afiliação*: ter amigos, ser aceite pelos outros, preferir situações mais cooperantes, aspirar a relacionamentos que implicam um elevado grau de mútua compreensão.

“McClelland considera que estes três tipos de motivos existem em graus diversos, nos indivíduos, nos grupos, nas organizações e nas diversas sociedades. Assim, diversos tipos de motivação são, segundo as organizações, mais encorajadas que outras, e o indivíduo deve adaptar aí a sua estrutura de motivação pessoal. É assim que o indivíduo poderá ser mais ou menos motivado, segundo a organização a que pertence” (Bertrand e Guillemet, 1994: 142).

A teoria bifactorial de Herzberg, segundo Pina e Cunha *et al* (2003), sugere que as pessoas têm dois grandes tipos de necessidades que devem ser consideradas independentes e com efeitos distintos: as necessidades motivadoras e as necessidades higiénicas. As necessidades motivadoras são de natureza intrínseca ao trabalho e obedecem a uma dinâmica de crescimento, conduzindo a uma satisfação de longo prazo. Por outro lado, as necessidades higiénicas são de natureza extrínseca ao trabalho e conduzem ao evitamento da dor e ao alívio da insatisfação a curto prazo.

Para Chiavenato (2002), os factores higiénicos referem-se às condições que rodeiam a pessoa enquanto trabalha e são muito limitados na sua capacidade de influenciar o comportamento; quando são óptimos apenas evitam insatisfação e, inversamente, quando são precários provocam insatisfação.

Relativamente aos factores motivacionais, “referem-se ao conteúdo do cargo, às tarefas e aos deveres relacionados com o cargo (...) O termo motivação envolve sentimentos de realização, crescimento e de reconhecimento profissional, manifestados por meio de exercícios das tarefas e actividades que oferecem suficiente desafio e significado para o trabalho” (Idem, 2002: 86). Quando estes factores são óptimos elevam consideravelmente a satisfação e quando são diminutos provocam ausência de satisfação.

De acordo com Pina e Cunha *et al* (2003: 109), “as características do trabalho têm sido apontadas como uma das principais causas de (des)motivação.”

O modelo das características da função de Hackman e Oldham, ao definir cinco características do trabalho que contribuem para fazer da função uma fonte de motivação, com base em evidências empíricas vem, segundo Pina e Cunha *et al* (2003), dar um enorme contributo para o estudo da função como factor de motivação.

As características apontadas são: variedade, identidade, significado, autonomia e *feedback*.

Para Pina e Cunha *et al* (2003), a variedade refere-se ao grau em que a função exige o recurso a competências, actividades e conhecimentos diversificados. A identidade é o grau em que a função requer a execução de uma unidade de trabalho identificável, com princípio e fim, originando um resultado visível. O significado diz respeito ao impacto do trabalho nas vidas dos outros, seja dentro ou fora da organização, o significado do trabalho é directamente proporcional ao impacto que provoca. A autonomia é o nível de independência no planeamento do trabalho e na respectiva execução e, por fim, o *feedback* refere-se à quantidade e qualidade da informação sobre o processo da pessoa na realização do trabalho e dos níveis de desempenho alcançados.

Para que exista uma relação efectiva entre as características da função e os resultados alcançados é fundamental que a pessoa sinta necessidades de crescimento. Se esta variável não estiver presente, uma função com elevado potencial motivador poderá não desencadear necessariamente maior motivação, satisfação e eficácia. “Pessoas com maior necessidade de crescimento ou desenvolvimento profissional, respondem mais positivamente à presença das cinco características do modelo, obtendo níveis de produtividade mais elevados” (idem, 2003: 111).

Teorias de processo

As *teorias de processo* têm como objectivo fundamental explicar o processo pelo qual a conduta se inicia, se mantém e termina. Nestas teorias de processo procura-se explicar a razão porque as pessoas são diferentes nas suas necessidades, agindo de forma nem sempre coerente com as mesmas e variando ao longo do tempo. Por outro lado, as reacções à satisfação ou não das necessidades diferem, igualmente, de pessoa para pessoa e, como tal, são apenas um dos elementos do processo.

Enquadram-se nesta designação global, de acordo com Pina e Cunha *et al* (2003):

- *Teorias de processo (gerais)*: teoria da equidade de Adams;
- *Teorias de processo (organizacionais)*: teoria da definição de objectivos de Locke e Latham e teoria da expectativa de Vroom.

A teoria da equidade, de acordo com Pina e Cunha *et al* (2003: 112), “defende a necessidade de justiça no local de trabalho. O termo «equidade» é, aliás, sinónimo de rectidão, justiça”.

“A ideia central da teoria da equidade é a de que deve haver correspondência entre os investimentos e os ganhos de cada um, isto é: quem nela investe mais, deve receber mais da organização” (idem, 2003: 112).

Greenberg e Baron (1997) referem que, de acordo com esta teoria, o indivíduo avalia o seu esforço em função do resultado, comparativamente com o esforço dispendido por outros indivíduos relevantes, e que funcionam como termo de comparação. O facto de o indivíduo experimentar certas discrepâncias, quando compara o seu ganho com o de outros, origina sentimentos geradores de tensão, nomeadamente de natureza comportamental e outros de natureza cognitiva.

“As relações de equidade ou de iniquidade resultam das percepções do trabalhador e não de uma qualquer medição objectiva da relação entre ganhos e investimentos/contributos. O que significa que a equidade é um fenómeno perceptivo e não um dado objectivo” (Pina e Cunha *et al*, 2003: 112).

Para os mesmos autores, esta teoria fornece contributos fundamentais para a gestão da motivação, ao demonstrar que as pessoas estão mais motivadas quando verificam que existe uma maior relação de contingência entre os seus ganhos e

investimentos, ou seja, estão dispostas a esforçar-se mais se perceberem que maior esforço conduzirá a melhor recompensa.

“Os investimentos/ contributos incluem a formação, os conhecimentos específicos, a experiência, o empenhamento, o esforço, o tempo e tudo o mais que o indivíduo considere uma contribuição para o trabalho. Os ganhos referem-se ao salário, recompensas, estatuto, oportunidades de formação e promoção, segurança de emprego, etc.” (idem, 2003: 112).

Das comparações entre ganhos e investimentos é que resultam as situações de equidade e iniquidade.

Analisando as teorias de processo (organizacionais), verificamos que uma das mais conhecidas e discutidas na actualidade é a de definição de objectivos, proposta por Locke e Lathan. Baseia-se, como o próprio nome indica, no efeito motivador da existência de objectivos, que as pessoas tentam alcançar através das acções que desenvolvem.

Pina e Cunha *et al* (2003: 116), referindo-se aos estudos de Locke publicados em 1978, que originaram a teoria, afirmam: “tendo em conta o poder motivacional dos objectivos, esta teoria procura identificar o tipo de objectivos capazes de produzir níveis de desempenho mais elevados. A sua sucessiva confirmação empírica nos mais diversos contextos laboratoriais e de campo e em diversos países, incluindo Portugal, faz dela uma das mais importantes teorias de motivação para o trabalho”.

Cunha e Cunha (1995), citados por Pina e Cunha *et al* (2003:117), referem que “Locke e outros investigadores desta área procuraram identificar o tipo de objectivos que mais estimulam a atenção, o esforço e a persistência das pessoas ou dos grupos”. No âmbito desta teoria é possível concluir que os objectivos mais eficazes devem conter um conjunto de características, designadas pelas iniciais SMART: *specific* (específicos), *measurable* (mensuráveis), *agreed* e *attainable* (acordados e alcançáveis), *realistic* (realistas) e *timed* (com prazos).

Existem, ainda, um conjunto de condições, referidas por Pina e Cunha *et al* (2003), para que os efeitos anteriores se verifiquem e sejam motivadores:

- aceitação: um indivíduo que aceita ou se compromete com uma meta pré-estabelecida empregará os mecanismos (esforço, direcção e persistência) para alcançar esse objectivo;

- participação: a aceitação dos objectivos pressupõe a participação dos superiores e subordinados na sua definição;

- *feedback*: transmissão ao trabalhador da informação sobre o progresso que vai sendo alcançado. A ausência de *feedback* implica a inexistência de informação sobre a aceitabilidade do plano ou do esforço realizado para alcançar os objectivos;

- recompensas: apesar dos objectivos por si só serem motivadores, as recompensas podem funcionar como factor adicional de motivação extrínseca.

Outra das teorias de processo (organizacionais) mais conhecidas e estudadas é a teoria das expectativas, proposta por Vroom em 1964 (Figura 2). Acentua a dimensão subjectiva das necessidades humanas básicas. Ferreira *et al* (1996: 266), dizem que a teoria da expectativa de Vroom (1964) e de Lawler (1973) “é uma teoria cognitiva, em que cada pessoa é um decisor racional na questão da quantidade de esforço que despende na situação de trabalho, para obter as recompensa desejadas (...) Por outras palavras, a teoria defende que a força e a tendência para agir de uma determinada maneira depende da força da expectativa no resultado da sua actuação e no grau de atractividade de tal resultado”.

Para Vroom (1964), citado por Neves (2001), existem três factores determinantes na motivação do indivíduo para produzir: a) os objectivos individuais; b) a relação que o indivíduo percebe entre a produtividade e o alcance dos seus objectivos individuais e; c) a capacidade de o indivíduo influenciar o seu próprio nível de produtividade.

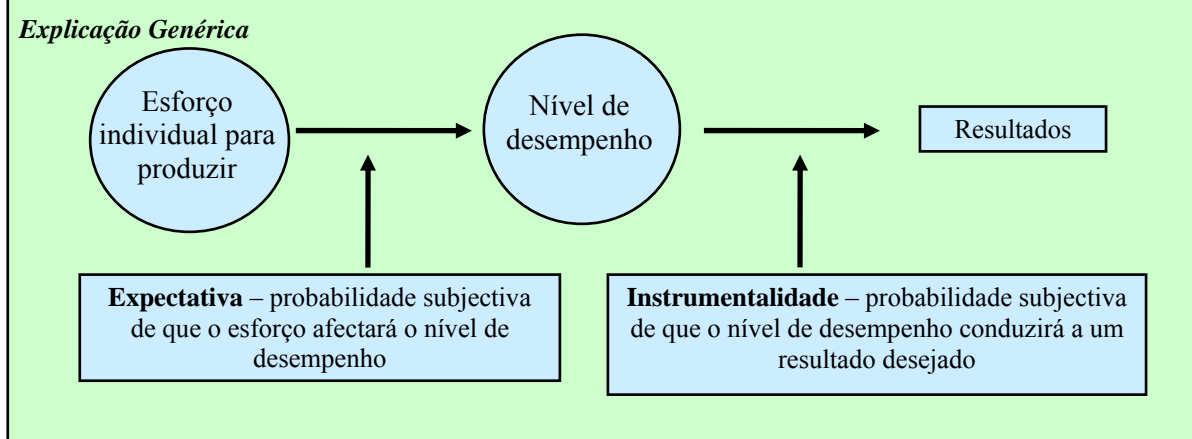
A teoria das expectativas, de acordo com Neves (2001), procura o entendimento do fenómeno motivacional através da decomposição dos componentes do processo e fundamenta-se em três conceitos basilares: a expectativa, a valência e a instrumentalidade. A motivação será o produto destes três factores pelo que nenhum dos factores deverá ser nulo:

1. A importância que representa para o indivíduo o resultado conseguido na sequência do trabalho; quanto maior o valor que lhe é atribuído, maior será o esforço empregue para o alcançar.

2. A relação desempenho-recompensa, ou seja, a percepção que o indivíduo tem de que determinado comportamento conduzirá ao efeito desejado.

3. A ligação esforço-desempenho ou a percepção de que determinado esforço conduzirá a um desempenho ou a ligação entre o que faz e o resultado que é pretendido.

Figura 2: Como funciona a Teoria da Expectativa



Adaptado de Donnelly *et al* (2000).

Greenberg e Baron (1997) consideram que a teoria da expectativa, na sua essência, afirma que as pessoas são motivadas para trabalhar quando esperam poder alcançar aquilo que desejam, partindo da hipótese de que a motivação é um processo que orienta opções de comportamentos diferentes. Esta teoria caracteriza as pessoas como seres racionais que pensam no que têm que fazer para serem recompensados e no significado da recompensa antes de executarem os trabalhos. Não se focaliza só em pessoas que pensam mas também reconhece que estes pensamentos se combinam, com outros aspectos como a habilidade e competência bem como aspectos relacionados com o ambiente organizacional, para influenciar o desempenho de trabalho.

Quase todos os comportamentos conscientes são motivados ou possuem uma causa. O papel da ambição no desempenho, as necessidades internas e os impulsos criam tensão que é modificada com o ambiente.

Alguns autores têm-se preocupado em construir uma visão integradora das diferentes teorias motivacionais, o que revela alguma validade e utilidade das mesmas, tendo sido encontrados alguns pontos de consenso, sendo de primordial importância a satisfação no trabalho.

Rúbio (1993) distingue três tipos de motivações, na perspectiva do sujeito motivado:

1) *Motivação extrínseca*: que induz o sujeito a mover-se em função das consequências que espera alcançar como, por exemplo, o salário que o seu trabalho produz. Tem implícita a ideia de que os trabalhadores a qualquer nível são preguiçosos.

2) *Motivação intrínseca*: induz o sujeito a levar a cabo acções em função das consequências que se produzem em si mesmo. Satisfação pelo trabalho bem feito.

3) *Motivação social*: engloba os reconhecimentos do tipo agradecimento, apreço pelo trabalho bem feito, amizade, prestígio, etc.

Nunes e Rego (2002: 140) introduzem para a discussão o conceito de salário emocional definindo-o como “um contexto psico-motivacional em que o trabalhador – qualquer que seja a sua profissão ou o nível de desempenho – se sente remunerado por factores não materiais.” Estes autores consideram importante a institucionalização deste conceito, fomentando nos profissionais um espírito de missão e um sentido de objectivo comum.

Pelo que acabámos de analisar, a motivação é um fenómeno psicológico extremamente complexo e de difícil controlo, sugerindo a quem quer compreendê-lo a sua multidimensionalidade e possibilidade de integrar os diversos conceitos construídos a partir das diversas perspectivas.

A colaboração dos trabalhadores na definição das metas da organização e das responsabilidades e dos critérios de incentivos apresenta-se como uma estratégia importante no envolvimento e compromisso com a organização, resultando com frequência num aumento de produtividade.

1.2. ATITUDES E SATISFAÇÃO PROFISSIONAL

As atitudes podem ser designadas como sentimentos positivos e negativos acerca dos objectos. Elas diferenciam os indivíduos nas organizações, o seu significado relaciona-se com a influência que têm no comportamento e desempenho dos colaboradores, e na produtividade em geral.

Almeida (1995) define atitudes como “sistemas de organização de experiências, vivências e conhecimentos relacionados com determinado objecto alvo.”

Desta definição podemos constatar que as atitudes dirigem-se a um objecto específico que determina uma resposta individual, derivam da experiência do sujeito e pressupõem características avaliativas.

Alcobia (2001: 283) identifica três componentes principais: cognitiva, afectiva e comportamental: “A componente cognitiva caracteriza-se pelo processo mental do indivíduo, as suas percepções e crenças, e as avaliações acerca do objecto atitudinal. A componente afectiva caracteriza-se pela emoção ou sentimento que um indivíduo tem relativamente a um dado objecto. A componente comportamental que se define por uma tendência para a acção relativamente a um objecto, de uma forma específica e consistente.”

As diversas dimensões interagem entre si influenciando a probabilidade de prever a ocorrência de determinados comportamentos. Este autor refere ainda que as atitudes podem interferir com o comportamento do indivíduo e explica-o com base nas dimensões a elas associadas: a interdependência, a estabilidade, valência, centralidade, saliência e especificidade. A interdependência refere-se ao grau da relação entre duas ou mais atitudes de um indivíduo. A estabilidade caracteriza-se pelo grau de resistência da atitude à mudança. A valência define-se pelo grau de afectividade positiva ou negativa que um indivíduo atribui ao objecto atitudinal. A centralidade constitui o grau da relação da atitude com o auto-conceito e, reflecte a identidade individual. A saliência identifica o nível de conhecimento consciente da atitude. A especificidade refere-se à particularidade da atitude em relação a um atributo do objecto atitudinal e consequentemente especifica o grau de diferenciação em relação a outras.

A medição das atitudes baseia-se frequentemente no modelo dos três componentes de Rosenberg e Hovland apresentado em 1960, referenciado por Alcobia (2001), que considera que as respostas observáveis, derivadas das atitudes, podem ser integradas numa de três categorias: respostas afectivas, respostas cognitivas ou comportamentais, e as escalas de Likert são os instrumentos mais usados para as medir, tendo em conta a facilidade e rapidez de utilização.

Kaluzny (1982), citado por Lucas (1984a), refere que a satisfação profissional está relacionada com as atitudes positivas que os profissionais têm em relação a vários aspectos das actividades da organização.

A satisfação profissional pode ser conceptualizada considerando dois aspectos: os processos psicológicos que constituem a experiência subjectiva da satisfação no trabalho e,

neste caso, estamos no domínio das atitudes com as suas três dimensões (afectiva, cognitiva e comportamental) e o segundo aspecto refere-se à identificação das características associadas ao trabalho que produzem experiências subjectivas de satisfação.

Pina e Cunha *et al* (2003:127) citam George e Jones (1999) para definir a satisfação com o trabalho como “o conjunto de sentimentos e crenças das pessoas sobre o seu actual trabalho. Além de terem atitudes sobre o seu trabalho como um todo, as pessoas podem ter atitudes sobre os vários aspectos do seu trabalho.”

As percepções pessoais de satisfação evoluem em torno de uma situação estacionária de satisfação pelo que o aumento da satisfação decorrente da introdução de mudanças tende a esgotar-se ao fim de algum tempo e, como tal, é um processo que tende para a estabilidade. A avaliação dos acontecimentos pode aumentar a satisfação mas tende a fazer parte, com o passar do tempo, da situação normal (Pina e Cunha *et al*, 2003).

Contrariamente à maior parte dos comportamentos, as atitudes não podem ser observadas e medidas directamente, só podem ser inferidas.

Almeida (1995) considera que as pessoas escolhem condutas que julgam contribuir para a satisfação das necessidades que experimentam, levando a adoptar comportamentos mais adequados e, referenciando Vroom (1964), explica que o empenhamento que neles se deposita depende:

- a) da percepção que se tem de os conseguir executar;
- b) da certeza que se tem de que esses comportamentos permitirem alcançar um objectivo que, por sua vez, pode satisfazer uma necessidade;
- c) do grau de satisfação que se antecipa com a concretização do objectivo.

A componente afectiva refere-se à capacidade individual para experimentar sentimentos ou emoções positivas ou negativas e traduz-se por afirmações verbais de afecto.

Estes autores consideram ser um conceito multidimensional que decorre de variáveis como as políticas e práticas organizacionais de decisão, as características da função, e as características individuais, como a auto-estima ou a necessidade de sucesso.

As investigações realizadas por Caldwell e O'Reilly em 1990 citadas por Alcobia (2001), demonstram que os indivíduos que melhor desempenham as suas funções apresentam níveis de satisfação elevados. No entanto, a correlação entre estas duas variáveis não se tem revelado muito forte.

Fonseca (1999:45) refere que “a satisfação profissional é o resultado da experiência concreta do indivíduo com o trabalho e desempenha um papel importante na evolução das suas metas e projectos, pessoais e profissionais.”

Outras consequências da satisfação profissional são identificadas, tais como o comportamento de cidadania organizacional, caracterizados pela manifestação de comportamentos de apoio aos colegas de trabalho, ou comportamentos extra-papel, absentismo, a rotatividade, a intenção de abandono da instituição, o *burnout*, a saúde física e psicológica e a satisfação com a vida são aspectos em que a investigação tem demonstrado estarem directamente relacionados com a satisfação no trabalho.

Como formas de aumentar a satisfação do trabalhador, Paulo (2003) refere o salário, o alargamento e o enriquecimento de tarefas, oferta de benefícios, a flexibilidade do horário e um sistema de compensações flexível. O salário é uma parte essencial de qualquer trabalho, mas a sua relação com a satisfação depende de vários factores. Explicado com base na teoria de Herzberg, sugere-se que o salário é essencialmente um factor higiénico e não tão motivador como o trabalho em si; por outro lado, explicado com base na teoria da equidade de Adams, a justiça na estrutura de salários de uma organização é mais importante que o valor da remuneração em si. O alargamento e enriquecimento de tarefas é outra das formas de aumentar a satisfação do trabalhador. Neste caso, os trabalhos são combinados ou reestruturados, de forma a dar oportunidade aos trabalhadores de aprender outras tarefas dentro da organização. No entanto, este aumento de deveres sem um correspondente aumento de salário poderá não traduzir-se, necessariamente, em aumento da satisfação.

A satisfação no trabalho, referida por Ferreira *et al* (1996: 145), “traduz uma resposta emocional e objectiva, gratificante, que resulta da situação do trabalho. É uma resposta estritamente individual”.

No contexto organizacional, conhecer os valores individuais é importante, na medida em que permitem entender as atitudes e motivações dos indivíduos na organização face às políticas de gestão. A sua importância varia de acordo com a condição pessoal, profissional, social e cultural de cada um, algo que está em concordância com a forma de estar e actuar do indivíduo, resultado da sua história e experiência individual.

Os estudos de Hackman e Oldham (1975), referenciados por Paulo (2003), identificam cinco aspectos que afectam a satisfação: a variedade das técnicas, a identidade da tarefa (o indivíduo produz um produto completo ou apenas parte), significado ou impacto que tem sobre terceiros, a autonomia e reacção do trabalho (forma com se disponibiliza a informação sobre o desempenho). Para além do aspecto da compensação suplementar, pelo aumento de tarefas, há que considerar que alguns funcionários procuram aumentar a sua satisfação em actividades fora do seu trabalho.

Quanto ao horário de trabalho, os estudos de Silva (1994) referem os efeitos nefastos dos horários por turnos, com sejam a distorção do sono, diminuição da interacção social dos trabalhadores, absentismo e o aumento da rotatividade nos indivíduos. Todos sabemos que o trabalho nocturno produz uma dessincronização nos ritmos circadianos, incluindo, obviamente, o ritmo de sono vigília, com reflexos negativos na duração e qualidade do sono. Diversos estudos comprovam que há uma diminuição acentuada do estado de vigília entre as duas e as quatro horas da manhã, que conjuntamente com a fadiga mental, faz diminuir a capacidade mental, influenciando negativamente o rendimento laboral. Este facto poderá colocar em risco a segurança do trabalhador, dos colegas e dos doentes. Alguns autores vão mais longe, dizendo que a redução do estado de vigília durante o trabalho nocturno e da duração do sono diurno acarretam um incremento no consumo do café, álcool e hipnóticos (Cruz e Silva, 1995).

A utilização de benefícios sociais, tais como sistemas para cuidar dos filhos dos funcionários ou planos de assistência médica disponibilizados aos empregados, podem constituir formas de aumentar a satisfação.

1.3. HOSPITAL – ORGANIZAÇÃO HUMANA

A sociedade moderna é uma sociedade de organizações. A primeira dificuldade que podemos assinalar na definição do conceito de organização, de acordo com Chambell e Curral (1995: 12), “resulta da multiplicidade de modelos teóricos que se têm desenvolvido em seu redor (...) De facto, pela natureza complexa da organização, que inclui diversificadas variáveis e múltiplas relações entre elas, tem sido possível estudá-la através de diversas perspectivas, que constituem diferentes pontos de vista sobre a mesma realidade”.

Neste estudo iremos centrar a nossa atenção na análise da organização hospitalar, num nível de análise *micro*, caracterizando-se essencialmente por analisar o comportamento dos indivíduos ou dos grupos na organização, explicando como se comportam num determinado contexto. Tal como referem Chambell e Curral (1995: 17), “a primeira característica que podemos assinalar na organização é o facto de ser composta por indivíduos cuja participação torna o funcionamento possível.” Nesse sentido, iremos aprofundar o estudo da organização hospitalar, com incidência especial nos enfermeiros.

Os hospitais são organizações complexas que precisam servir-se de uma tecnologia dinâmica e atender aos vários requisitos do ambiente. Para atingir as suas metas, criaram sistemas psicossociais e gerenciais únicos, estabelecendo permanentemente novos objectivos, visando dar resposta às solicitações do meio ambiente envolvente.

O Ministério da Saúde (1998a: 3) define o hospital como “um estabelecimento de saúde, de diferentes níveis de diferenciação, constituído por meios tecnológicos e humanos, cujo objectivo nuclear é a prestação de cuidados de saúde durante 24 horas por dia. A sua actividade desenvolve-se através do diagnóstico, da terapêutica e reabilitação, quer em regime de internamento quer em ambulatório. Compete-lhe, igualmente, promover a investigação e o ensino, com vista a resolver problemas de saúde.”

Entendidos, pelas populações, como uma das suas maiores riquezas, os hospitais são peça fundamental e integrante da sociedade moderna, que recebendo entradas de materiais, informações e energias, as transformam e, em troca, fornecem à sociedade bens e serviços.

Por outro lado, os cidadãos têm direito a esperar dos hospitais, instituições cujos fins sociais não podem nunca ser esquecidos, um tratamento que se situe no nível de qualidade que o respeito que merecem e os meios humanos e materiais envolvidos tornam razoável esperar. A avaliação daquilo que neles é realizado, em termos de rentabilidade dos serviços, mas também e, sobretudo, de garantia de qualidade, revela-se cada vez mais como tarefa complexa e indispensável que deve preocupar os responsáveis e estar sempre presente na administração de um hospital.

Chiavenato (2002: 49) considera que cada organização deve ser considerada sob o ponto de vista de eficácia e de eficiência simultaneamente. “A eficácia é uma medida normativa do alcance de resultados, enquanto a eficiência é uma medida normativa da utilização dos recursos nesses processos”. Assim, a eficácia de uma organização refere-se à

sua capacidade de satisfazer uma necessidade da sociedade através do fornecimento de bens e serviços, sendo a eficiência uma relação entre custos e benefícios.

Na discussão dos problemas da saúde, temos que considerar três vertentes: a vertente social, na medida em que todo o cidadão tem direito à utilização dos serviços de saúde; a vertente investimento, pelo facto de a despesa com a saúde constituir um investimento fundamental no capital humano da sociedade, e a vertente produção, tendo em conta que o bem saúde é um bem económico cada vez mais caro, e sendo os recursos financeiros limitados, deverão os meios humanos e materiais ser utilizados da forma mais eficiente possível para maximizar a função de produção.

A avaliação da produtividade em saúde é uma temática complexa que não pode ser avaliada exclusivamente em função de indicadores económicos. A prestação de cuidados de saúde não tem como objectivo o lucro, podendo originar produtos não materiais, não se sabendo, por vezes, quem são os beneficiários dos cuidados de saúde, podendo, ainda, o factor tempo ser uma premissa de curto, médio ou longo prazo. A avaliação não pode pautar-se exclusivamente por critérios de produção (número de actos médicos, demora média, etc.) e a utilização de modelos de financiamento e gestão de acordo com o que pode ser mais rentável. A qualidade é um factor determinante. Quando abordamos a função produtividade em saúde teremos que ter em conta os critérios de eficiência (rácio dos *outputs* sobre os *inputs*), a eficácia (relação entre *outputs* em relação aos objectivos) e ainda a efectividade dos serviços. Poder-se-ia dizer que a produtividade deve estar relacionada com os custos, com as metas e com os resultados de acordo com o tipo de trabalho produzido e finalidade do mesmo.

Com o advento da gestão da qualidade a discussão acerca da mudança do processo produtivo aponta na perspectiva de garantir a satisfação do utente. Vão neste sentido os processos de acreditação em qualidade organizacional dos hospitais que utilizam indicadores de avaliação da qualidade da produção de serviços e da satisfação de utentes/doentes. Estamos convictos, tal como Biscaia *et al* (2003: 286-287) que, “uma ampla maioria de profissionais está genuinamente empenhada em prestar cuidados de saúde de qualidade mas é necessário fomentar um trabalho mais sistemático de ligação entre os padrões de qualidade estabelecidos para a unidade/ serviço/ grupo de trabalho, as práticas de desempenho existentes, a identificação dentro do grupo multidisciplinar, das áreas onde se devem iniciar processos de melhoria, as necessidades de educação individuais e de

grupo, e o compromisso dos elementos do grupo que reconhecem o seu contributo para a melhoria dos serviços.”

Esta reflexão tem sido enfatizada com a utilização de critérios na avaliação dos hospitais portugueses principalmente em três vertentes: eficiência, produção e recursos humanos, descurando-se as vertentes qualidade e eficácia.

Nenhuma organização pode ter um plano de trabalho, por mais racional e tecnologicamente perfeito, que possa ser executado com eficiência sem ter em conta os recursos humanos. Para Frederico e Leitão (1999: 105), “os recursos humanos, são as pessoas que integram, permanecem e participam na vida da empresa, qualquer que seja o seu nível hierárquico ou tarefa. Os recursos humanos são os mais complexos da organização pelo que requerem particular atenção dos gestores e a sua gestão exige níveis elevados de cuidado, atenção e especialização.”

Uma política de recursos humanos, tal como é reconhecido no documento “Plano Nacional de Saúde 2004-2010” (Ministério da Saúde, 2004: 23), deve preocupar-se com a pessoa, as suas aspirações, anseios, preocupações únicas e tentar criar os mecanismos para lhes dar resposta. “Uma política de recursos humanos valoriza as pessoas, a história das suas profissões, as suas expectativas e motivações, adequando instrumentos de incentivos a diferentes grupos de interesses, expectativas e motivações identificados. Em Portugal, no sector da Saúde, não tivemos até agora uma política de recursos humanos, nem um pensamento estratégico nesta matéria. Desta lacuna resultam algumas deficiências da actual força de trabalho. É pois prioritário que, até 2005, seja desenvolvido e aprovado um Programa de Desenvolvimento de Recursos Humanos na Saúde.”

Mas, como referem Biscaia *et al* (2003: 281), “uma política de recursos humanos da Saúde é, pois, uma declaração formal de prioridades, linhas de acção e procedimentos para garantir, do sector da Saúde e das pessoas que nele trabalham, a capacidade de resposta necessária para ir, por um lado ao encontro das expectativas de saúde, presentes e futuras, da população e, por outro, às expectativas das pessoas que trabalham neste sector.”

A política remuneratória actual das instituições hospitalares é perversa, pois não permite reconhecer e recompensar os contributos individuais de todos os colaboradores para a consecução dos objectivos estratégicos da organização. Os processos de trabalho hospitalar apresentam inúmeras semelhanças aos das organizações de carácter empresarial, não obstante a sua especificidade. Mas a fixação de salário iguais e pré-determinados e a

ausência de mecanismos remuneratórios complementares que premeiem resultados nos hospitais - produtividade e qualidade - não permite incentivar os profissionais mais dedicados. Este facto, associado à ausência de objectivos estratégicos do hospital que assegurem um nível de competitividade externa e equidade interna que potencie a sua atracção, retenção e desenvolvimento, vem perpetuando uma cultura desresponsabilizante nos serviços e nas instituições.

Este aspecto é reforçado por Biscaia *et al* (2003: 284), quando afirmam que “um sistema remunerativo não está associado ao desempenho e, para as profissões mais diferenciadas, reduzidas obrigações de presença e correspondentes baixos pagamentos incentivam a acumulação de funções fora do SNS, com inevitável conflito de interesses.”

Para suprir a falta daqueles mecanismos, com alguma frequência são criadas formas artificiais e pouco transparentes de remuneração do trabalho, de que o trabalho extraordinário e os regimes de prevenção são exemplos. Também na atribuição e manutenção dos regimes especiais de trabalho (dedicação exclusiva e regime de horário acrescido) se verificam inúmeros casos injustificados e de vantagens muito discutíveis para as organizações (Ministério da Saúde, 1998b).

Também a prática corrente de não reconhecer os bons desempenhos, dos serviços e profissionais, contribui para aumentar o desinteresse, a desmotivação e o sentimento de não realização profissional. Nos últimos anos a política preconizada a nível governamental pressupõe uma alteração profunda e global das fórmulas remuneratórias e incentivos. Mas, como referem Biscaia *et al* (2003: 286-288), “não se conhece avaliação formal da situação existente assim como nenhum movimento de reflexão acordado com os profissionais e seus representantes sobre as formas de avaliação/ medição dos desempenhos nas diferentes áreas de actividade.”

Assim podemos dizer que os objectivos do hospital coexistem, nem sempre de forma pacífica, com os objectivos próprios de cada grupo profissional, ligados a fins particulares que estes pretendem atingir, habitualmente carreira e prestígio, pelo que será legítimo afirmar que o poder de cada grupo profissional depende da capacidade de realização dos objectivos particulares, mesmo que eles subvertam os objectivos oficiais do hospital.

1.3.1. Estratégias de Poder no Hospital

O trabalho em saúde tem sofrido uma constante e acelerada evolução no sentido da fragmentação, que se concretiza na prática pela especialização dos saberes e a proliferação de novas profissões na área da saúde. Daí que, tal como afirma Lucas (1984b), as fronteiras profissionais tenham sofrido permanentes reajustamentos, acompanhando o desenvolvimento técnico e científico da tecnologia médica.

O hospital é um complexo sistema humano e social, cujos cuidados vão muito além do desenvolvimento científico e tecnológico das especialidades médicas, dado que a sua matéria-prima é o ser humano, o produto é humano, o serviço é maioritariamente feito por mãos humanas e o seu objectivo é humano – prestar serviços a pessoas, serviço esse personalizado e individualizado.

Entendemos, assim, que seria pertinente, para entender o contexto do processo de avaliação dos enfermeiros como grupo profissional integrado nesta complexa organização, debruçarmo-nos sobre as estratégias de poder nos hospitais, analisando os seus contextos sociais específicos, determinados pelas formas dos poderes e saberes que no seu interior se organizam, os universos simbólicos que lhes conferem conteúdo e sentido e pelas estratégias particulares que permitem conservar e potenciar cada tipo específico de poder.

Stoner e Freeman (1992: 254) definiram poder como sendo “a capacidade de exercer influência. Ter poder é ter a capacidade de mudar o comportamento ou as atitudes de outros indivíduos”. Para os mesmos autores (1992: 254), a influência são “as acções ou exemplos que, directa ou indirectamente, provocam uma mudança no comportamento de outra pessoa ou outro grupo.”

Pina e Cunha *et al* (2003) consideram que a complexidade do conceito não permite a tradução numa única definição, mas identificam como palavras-chave do mesmo, interacção, situação, capacidade, influência, dependência e resistência.

Estes autores agrupam o poder em duas grandes categorias:

1. *Poder de posição*: deriva da autoridade formal do cargo organizacional. É um poder que se processa em sentido descendente, os superiores hierárquicos delegam autoridade e responsabilidade nos subordinados. Este tipo de poder é utilizado quando um dirigente utiliza o poder da sua posição para influenciar um grupo, para atingir determinados objectivos, graças ao posto que ocupa dentro da organização. Inclui a

autoridade formal, o controlo sobre recursos humanos, recompensas e punições, o controlo sobre a informação e organização do trabalho. Para que este poder seja operacionalizado é indispensável existir uma conduta de liderança, pois o poder só pode comunicar-se através do comportamento.

2. *Poder pessoal*: é um poder essencialmente informal, que deriva dos subordinados, processa-se em sentido ascendente e tem por base a dimensão em que estes admiram, respeitam e se identificam com o líder.

A diversidade das bases de poder e da estrutura da autoridade conduz à dispersão das decisões relativas ao planeamento e ao controlo na organização. Nos hospitais não há uma linha simples de autoridade, ela é repartida, de forma desigual entre a administração, os médicos e outros profissionais. Como consequência, a autoridade não emana de uma única fonte, nem flui ao longo de uma linha de comando, como ocorre na maior parte das organizações formais. Podemos assim identificar num hospital diversos poderes: do doente, administrativo, médico e de outros profissionais.

Como refere Carapinheiro (1993), a estrutura organizacional do hospital difere muito do modelo burocrático de outras organizações de grande complexidade. Há um relacionamento muito característico entre a autoridade formal dos cargos, representada pela hierarquia administrativa, e a autoridade derivada dos conhecimentos, representada pelos médicos e outros profissionais. Esse relacionamento produz uma estrutura formal algo difusa e única.

O doente é a razão de ser do hospital. A um só tempo, ele é o cliente e o produto da organização. O seu estatuto fora da instituição pouca relação tem com o que se passa dentro do hospital. A penetração no mundo fechado do hospital, centralizado na doença e nos cuidados, representa uma ruptura com o mundo exterior, caracterizando-se pela inactividade e pelo isolamento, sendo a distribuição do tempo e as condutas ditadas em função das rotinas das actividades hospitalares, passando a ser reconhecido pela natureza da sua doença, pela complexidade dos processos médicos, pela sua localização no hospital e pelo renome dos médicos que o tratam (Carapinheiro, 1993).

Mas, nos últimos anos, verificamos que a situação tem sofrido profundas alterações, existindo uma consciência cada vez mais pronunciada em relação às vantagens de conferir ao doente um papel mais activo dentro da estrutura hospitalar, sendo o próprio doente a exigir esse papel interventivo dentro do processo terapêutico.

Poder Administrativo

As regras hospitalares administrativamente impostas pelo Conselho de Administração pretendem garantir a prestação eficaz de cuidados aos doentes. Estas regras deverão ser flexíveis, ajustáveis ao fim que se pretende atingir e contemplando apenas algumas áreas de acção. Assim, o Conselho de Administração não deverá defender regras muito rígidas, mas advogar espaços de acção mais libertos dos constrangimentos da burocracia hospitalar, de modo a fazer emergir modelos de actuação inovadores, que tentem responder às dificuldades e complexidade das situações concretas, bem como à diversidade de procedimentos práticos que não seja possível prever antecipadamente, dado o grau de contingência que é intrínseca ao trabalho médico.

Carapinheiro (1993: 185) constatou que “as regras formais do hospital são mais tácticas do que explícitas, não específicas quanto às situações a que se aplicam, por quem, e até a que sanções dão lugar quando infringidas.” São concebidas para se ajustarem o mais possível às múltiplas situações particulares, e, assim, deixam a descoberto inúmeras clareiras não regulamentadas, rapidamente assumidas e reguladas por quem detém mais poder e influência, habitualmente, os médicos.

Outro aspecto a reter é que, dada a rapidez das mudanças na vida hospitalar, as regras rapidamente ficam obsoletas, sendo substituídas por regras informais ou sendo objecto de reapreciação administrativa.

No entanto, como podemos verificar no Regime Jurídico da Gestão Hospitalar (Lei nº 27/2002 de 8 de Novembro) o papel dos gestores hospitalares está a ampliar-se e a consolidar a sua importância dentro do sistema hospitalar. Com a crescente complexidade das actividades hospitalares e a maior necessidade de coordenação dessas actividades, com a requisição de mais e melhores equipamentos hospitalares e do seu emprego eficiente, o papel do administrador expandiu-se e valorizou-se. O regime jurídico dos hospitais do sector público administrativo, regulamentado pelo Decreto-Lei nº 188/2003, define que o Conselho de Administração é o órgão a quem compete a definição e o exercício de todos os poderes de gestão que por lei estejam atribuídos aos órgãos máximos de gestão. Fazem parte deste órgão o presidente e um ou dois vogais como membros executivos e, como membros não executivos, o director clínico e o enfermeiro director que formam a direcção técnica. Estes são cargos de nomeação pelo Ministro da Saúde.

O Conselho de Administração tem um papel institucional a desempenhar, que é o de estabelecer as relações entre o hospital e o seu ambiente social e o de conseguir os recursos de que necessita para o seu bom funcionamento. Ao administrador pede-se que negocie e combine os vários recursos com as actividades das pessoas que nela trabalham.

Poder Médico

No seio da organização hospitalar, os médicos detêm um estatuto bastante elevado. Legalmente eles são as únicas pessoas com poder para prescrever cuidados médicos e terapêutica farmacológica. Costuma-se atribuir à pessoa do médico um carisma especial e um estatuto social elevado que o acompanha para dentro do sistema hospitalar. Na verdade, tal estatuto é até reforçado pelo grau de diferenciação e pela capacidade técnica requerida pelo exercício médico profissional.

Outros factores que alicerçam o poder médico e influenciam a distribuição de poder dos restantes grupos profissionais são, segundo Carapinheiro (1993):

- A posição hierárquica dominante na organização decorrente do modelo de prestação de cuidados, confere-lhe uma autoridade científica indiscutível;
- A sua autonomia profissional, estendendo-se as suas áreas de influência aos processos de ensino e investigação, acesso a meios auxiliares de diagnóstico, terapêuticas de ponta e possibilidade de selecção de clientes;
- A complexidade tecnológica do trabalho médico, comparativamente com a actividade dos restantes profissionais, aumenta o seu prestígio junto dos doentes, na medida em que a relação médico-doente, sendo alicerçada na utilização de múltiplos recursos técnicos de diagnóstico e tratamento, não poderá ser ofuscada por preocupações economicistas de produtividade e rentabilidade das actividades hospitalares, realçando-se a excelência social do trabalho do médico;
- Poder de decisão justificado pela especialização crescente das suas actividades.

Para Carapinheiro (1993), o poder médico é o maior dentro do hospital, sendo reconhecido e sancionado pela sociedade. O médico através da sua formação adquire competências técnicas para tratar doentes, estudar doenças e inovar processos de diagnóstico e terapêutica com base em saberes de que detém o monopólio. A acumulação de saberes, competências e experiência clínica constituem um capital técnico de valor

inquestionável e inestimável que acaba por se traduzir no acesso a posições de autoridade, prestígio e influência social, em relação aos restantes profissionais da organização.

Carapinheiro (1993:135) afirma que: “o poder, como sabemos, é determinado pela margem de autonomia face à política da administração hospitalar (...) A autonomia, o prestígio e o estatuto dos médicos é tanto mais elevado quanto mais as suas actividades podem escapar ao controlo burocrático. Por isso, a adesão dos directores de serviço à racionalização introduzida pela administração dependerá sempre das relações e dos sistemas de alianças que mantiverem com a administração hospitalar, com as estruturas de coordenação das políticas hospitalares e até com os decisores das indústrias farmacêuticas.”

Se analisarmos o campo das relações entre o poder médico e o poder administrativo, veremos que os directores de serviço detêm uma posição privilegiada de mediação entre os dois poderes, na medida em que desempenham um papel consultivo intermédio entre a administração e o corpo médico e corporizam uma tecno-estrutura de apoio à gestão hospitalar. Esboça-se aqui uma nova forma de poder médico, que poderá ser designado como *poder técnico-económico*, na medida em que perante a implantação de uma lógica racionalizadora na evolução contemporânea do hospital, os médicos e, principalmente, as chefias médicas, são chamadas a participar nas decisões económicas do hospital, adoptando uma política de cooperação na tomada de decisões de gestão. Ao colaborarem na tomada de decisões da administração, os médicos estendem progressivamente o seu papel no hospital, adquirindo, por esta via, mais alguns poderes, constitutivos dos elementos que se designam por *poder técnico-económico*.

O modelo de cuidados a prestar no hospital foi organizado e mantido por médicos, tendo determinado a diversidade de objectivos específicos para cada grupo profissional, posições hierárquicas de cada profissão na estrutura dos serviços e uma diversidade de relações formais e informais que regulamentam as relações de trabalho em cada hierarquia. À equipa médica, entendida em sentido lato, cabe o papel técnico de tratamento dos doentes.

Poder dos Enfermeiros

A natureza e a necessidade dum conhecimento distinto da medicina têm preocupado os teóricos da enfermagem desde Florence Nightingale. Mas estes esforços de

procura da sua essência e dos seus limites só se intensificaram a partir da década de sessenta, quando foram definidos conceitos de pessoa, ambiente, saúde e enfermagem, que permitiram construir modelos teóricos de enfermagem.

Kocher, citada por Catarino *et al* (1993: 303), referiu que “para que uma profissão possa pretender um reconhecimento por parte do público, é indispensável que ela seja claramente descrita como tal e que os membros do corpo profissional em questão possam dar a prova das suas competências específicas”.

Em Portugal, o recente reconhecimento de graus académicos relevantes (bacharelato e licenciatura) não se traduziu na prática, para a enfermagem, em termos de igualdade a outras profissões de saúde com o mesmo nível académico, quer ao nível remuneratório, quer ao das responsabilidades nas instituições.

Há uma razão social bem forte para a existência da enfermagem e ninguém concebe um sistema de saúde onde não estejam incluídos enfermeiros. Desde o princípio do século XX, devido à evolução técnica e ao conhecimento científico, que os enfermeiros passaram progressivamente a acumular vários papéis.

A posição oficialmente atribuída à equipa de enfermagem nos organogramas típicos, tal como refere Carapinheiro (1993), não exprime fielmente o poder e a influência de que ela desfruta no seio da organização hospitalar. Ela desempenha um papel de vital importância na dinâmica de grupo do hospital; em virtude do seu vínculo integral com o hospital, da sua familiaridade com as regras e os processos estabelecidos, da sua capacidade em estabelecer relações não formais com outros membros do hospital e da sua estreita associação com os doentes e os outros técnicos, os enfermeiros tornam-se uma importante força de influência e de liderança não formal na organização.

Um aspecto importante e que é necessário reforçar é o papel social para com os cidadãos/ comunidade, e isso tem que ser valorizado pelos próprios enfermeiros através do reconhecimento das suas competências na tomada de decisões diárias, da gestão que fazem dos cuidados de enfermagem e explicitando e valorizando as intervenções autónomas, mas principalmente, conseguirem o reconhecimento de que o conjunto de coisas que fazem tem consequências positivas para o doente e suas famílias (Decreto-lei nº 104/98, de 21 de Abril - Criação da Ordem dos Enfermeiros; Decreto-lei nº 161/96, de 4 de Setembro - Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros).

Mas, segundo Carapinheiro (1993), a posição objectiva dos enfermeiros colocada no ponto de convergência da autoridade médica e da autoridade administrativa, agravada pelos seus pontos de vista antagónicos, dificulta sobremaneira a definição das fronteiras da sua autonomia profissional relativamente ao trabalho e à correspondente relação de dependência hierárquica.

Por outro lado, a existência de diferentes concepções de identidade profissional nos enfermeiros torna mais complexa a questão da autonomia e da revalorização profissional, face ao monopólio do acto médico pelos médicos e ao aparecimento de novas profissões que os processos de racionalização técnico – económica hospitalar fizeram surgir.

Como grupo profissional, os enfermeiros ainda não encontraram uma forma equilibrada de cuidar com autonomia, e só haverá evolução para uma profissão prestigiada quando houver consciência de que os seus membros estão a prestar um serviço, a quem dele está necessitado e, igualmente conscientes, de que é um serviço profissional, porque tem na base das tomadas de decisão um corpo de conhecimentos adquiridos num processo de formação formal.

Mas, uma nova postura profissional impõe reestruturações no funcionamento dos serviços, através de novas dinâmicas nas relações de trabalho, anulação e libertação de determinadas rotinas e definição de objectivos qualitativos. Em suma, uma filosofia baseada em valores que respeitem a pessoa, enquanto cidadão e ser humano. Para que tal suceda é imprescindível conhecer o passado, analisar o presente e projectar o futuro.

Apesar de tudo, estudos americanos (Joiner *et al*, 1982; Hackman e Oldham, 1980), citados por Lucas (1984b), permitem concluir que a profissão de enfermagem apresenta um elevado potencial motivacional. Mas, o mesmo autor (1984b) refere que, apesar disso, os enfermeiros apresentam diferentes sinais de insatisfação de diversa ordem, com repercussões ao nível da realização pessoal e profissional, qualidade dos cuidados, da eficiência dos serviços e da sua própria produtividade.

Se é comumente aceite que a eficiência dos serviços de saúde depende em larga escala da qualidade da sua estrutura organizacional, também não será menos verdade que a eficiência depende fortemente dos agentes intervenientes na prestação de cuidados. De acordo com Lucas (1984b: 34), “são estes que a potenciam, desenvolvem, redefinem e reajustam às necessidades internas e externas. Os recursos humanos em saúde são porventura o capital cuja boa gestão mais benefícios trará às organizações e ao sistema de

saúde e daí a premência em definir e explicitar políticas de recursos humanos e políticas de organização com impacto ao nível dos recursos humanos”.

1.3.2. A Enfermagem em Contexto Hospitalar

A enfermagem é definida no artigo 4º do Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (Decreto Lei nº 161/96) como “a profissão que, na área da saúde, tem como objectivo prestar cuidados de enfermagem ao ser humano, são ou doente, ao longo do ciclo vital, e aos grupos sociais em que ele está integrado, para que mantenham, melhorem e recuperem a saúde, ajudando-os a atingir a sua máxima capacidade funcional tão rapidamente quanto possível.” O mesmo artigo estipula que os cuidados de enfermagem são intervenções autónomas ou interdependentes a realizar pelo enfermeiro no âmbito das suas qualificações profissionais.

A enfermagem nasceu como serviço organizado nos primórdios do Cristianismo, através da instituição do diaconato. Caracterizava-se por ser um trabalho manual, vinculado às actividades domésticas, à mercê exclusivamente do empirismo das mães de família, de monjas ou escravos. Quando exercido por monjas, estava envolto numa aura de religiosidade. Apesar de constituírem um complemento indispensável às actividades médicas propriamente ditas, eram práticas detentoras de um saber de senso comum, disseminada no meio social, destituídas de qualquer conhecimento especializado próprio e como tal um trabalho desprovido de poder e prestígio.

A enfermagem como profissão tem início em Inglaterra na segunda metade do século XIX. Silva (1989: 30) refere que “*Nursing* (enfermagem) vem do verbo *to nurse*, que significa nutrir (...) A palavra *nurse* é, pois, originariamente, aquela que nutre, que cuida as crianças, depois (por extensão) a que assiste o doente. Em português o termo designa o agente que cuida dos *infirmus*, isto é, daqueles que não estão firmes (crianças, velhos e doentes).” Tem como antecedentes mais importantes a guerra da Crimeia (1854-1856) e o trabalho realizado junto dos soldados feridos por Florence Nightingale e a sua equipa de enfermeiras. O seu nome ficou ligado em definitivo à história da enfermagem moderna por ter sido a principal responsável pela fundação de uma escola destinada a formar pessoas para uma prática de enfermagem (Escola Nightingale, em Londres). Segundo Silva (1989: 54), “a profissionalização da enfermagem processou-se basicamente

através de duas categorias sociais distintas: a das *ladies-nurses* e a das *nurses*. As primeiras, oriundas da burguesia, da pequena burguesia ou da aristocracia inglesa; as últimas oriundas do proletariado. A estas era destinado o serviço grosso das enfermarias: troca de roupa de cama, banhos no leito, administração de medicamentos, ligando-se, portanto, ao cuidado directo dos pacientes. As *ladies-nurses* estavam destinadas às nobres tarefas do ensino, da supervisão de serviços e das *nurses* e da administração hospitalar (...) Um sendo vistas como dominando um dado tipo de saber valorizado socialmente; outras sendo vistas como executoras de um dado tipo de fazer de baixo prestígio social.”

Ao lado dessa composição de classe heterogénea, a enfermagem moderna define-se também como uma área em que o trabalho da mulher é predominante. O processo de profissionalização da enfermagem moderna reproduz o problema acima referido, na medida em que a enfermagem, definindo-se historicamente como profissão feminina, tem ocupado um status subordinado ao da categoria médica, definida na sociedade ocidental como profissão masculina. Actualmente e segundo dados da Ordem dos Enfermeiros (2003) existem inscritos a nível nacional 43.874 enfermeiros, sendo 81% do sexo feminino e apenas 19% do sexo masculino, com uma média de idade de 36,8 anos.

Uma das características da nossa sociedade, que mais condiciona as perspectivas de futuro e que constitui um motivo de preocupação fundamental para muitos dos seus integrantes, é o vazio ideológico que se percebe em muitos âmbitos da mesma. No entanto desde os anos sessenta até aos nossos dias os enfermeiros têm dado passos gigantes, trabalharam arduamente para adquirir um corpo de conhecimentos próprios, criaram teorias e modelos de enfermagem, investigaram na sua área, impuseram um estatuto de nível superior para conseguir uma profissão autónoma.

Como é reconhecido no Regulamento do Exercício Profissional de Enfermagem (Decreto-Lei nº 161/96 de 4 de Setembro), “a enfermagem registou entre nós no decurso dos últimos anos, uma evolução, quer ao nível da respectiva formação de base, quer no que diz respeito à complexificação e dignificação do seu exercício profissional, que torna imperioso reconhecer como de significativo valor o papel do enfermeiro no âmbito da comunidade científica de saúde e, bem assim, no que concerne à qualidade e eficácia da prestação de cuidados de saúde.”

O Regulamento do Exercício Profissional de Enfermagem foi um dos passos importantes para a enfermagem, definindo os princípios gerais respeitantes ao exercício

profissional dos enfermeiros consagrando em lei o seu valor social como profissão autónoma, clarificando conceitos, procedendo à caracterização de cuidados de enfermagem, especificando competências profissionais, definindo responsabilidades, direitos e deveres profissionais, o que vem dissipar dúvidas e prevenir equívocos, suscitados não só ao nível dos vários elementos que integram as equipas de saúde, mas também, junto da população.

Outra das vitórias recentes da profissão foi a aprovação da Ordem dos Enfermeiros (Decreto-Lei nº 104/98, de 21 de Abril). Como afirmava Mendo (1994:9), “são necessárias associações do tipo das Ordens para tratar apenas e só dos aspectos da ética e deontologias profissionais, formação, especialização, controlo das regras de comportamento profissional e análise dos seus desvios.” Já em 2004 foi celebrado um protocolo de cooperação entre a Universidade de Lisboa e as Escolas Superiores de Enfermagem de Lisboa abrindo mais uma possibilidade de obtenção de Doutoramento em Enfermagem, processo este que conduziu à criação do ramo de conhecimento em Enfermagem.

No entanto, a possibilidade de desenvolvimento de estratégias de poder, através da revalorização do estatuto profissional, parece estar seriamente comprometida pela crise de identidade que atravessa a enfermagem portuguesa e pelas alterações legislativas introduzidas na Lei nº 27/2000 que legisla sobre o regime jurídico dos hospitais, nomeadamente ao atribuir aos directores de serviço poderes de direcção e disciplinares sobre todas as classes profissionais.

Um dos motivos apontados para a desvalorização que sentem os enfermeiros relativamente ao seu trabalho, é que estes não conseguem o reconhecimento que outras profissões obtêm com relativa facilidade. Esta falta de reconhecimento social manifesta-se fundamentalmente nas possibilidades limitadas de responsabilidade que se oferecem aos enfermeiros e na pouca importância atribuída às reivindicações profissionais. Exemplo disso, é que no manual de políticas de recursos humanos, elaborado pela Unidade de Missão para os hospitais SA, ao definir o modelo conceptual de incentivos, se coloca os enfermeiros num nível inferior aos médicos e aos técnicos de diagnóstico e terapêutica.

Para abandonar a espiral de frustração a que estão sujeitos os profissionais que pretendem conseguir que o trabalho de enfermagem obtenha a mesma valorização que conseguem outras profissões com mais impacto social, Carapinheiro (1998) identifica como estratégias de revalorização profissional três posições:

1ª Valorização do papel psicossocial junto do doente: o papel psicossocial e afectivo é entendido como prioritário, ao qual se subordina o conteúdo técnico do trabalho e garante a especificidade profissional dos enfermeiros, face aos médicos e à entrada de novas categorias técnicas, que ao valorizarem a componente tecnológica, descurem a vertente relacional. O contacto com o doente aparece como traço estrutural comum da identidade profissional dos enfermeiros, que são os agentes privilegiados na interpretação dos sinais que evidenciam os comportamentos anómalos, os problemas e as situações de mal-estar psicológico dos doentes. Uma das críticas a que está sujeita esta ideologia, é que o papel psicossocial dos enfermeiros não está contemplado no sistema de qualificações hospitalares, e ao advogar esta posição sobre a identidade profissional, se estaria a estimular a instalação de rotinas e a inviabilizar a expressão de uma autonomia profissional, alternativa àquela que sempre se constituiu por referência aos doentes.

2ª Redefinição do conteúdo psicossocial do papel: passa por uma redefinição do papel em termos de serem mais trabalhadores sociais que técnicos. Define-se através da incorporação de atitudes terapêuticas que não estão formalmente atribuídas, mas que se podem ir construindo gradualmente na prática quotidiana nos serviços, através do aproveitamento de competências psicológicas e pedagógicas, rentabilizando a duração e continuidade da presença junto dos doentes. Segundo Collière (1989: 29), “cuidar é manter a vida garantindo a satisfação de um conjunto de necessidades indispensáveis à vida, mas que são diversificadas na sua manifestação (...) cuidar, prestar cuidados, tomar conta, é primeiro de tudo, um acto de vida, no sentido de que apresenta uma variedade infinita de actividades que visam manter, sustentar a vida e permitir-lhe continuar a reproduzir-se.” Esta ideologia concretiza-se através da produção de diagnósticos de enfermagem, enquanto processo de identificação dos recursos e das necessidades de ordem material, psicológica e emocional dos doentes. Estas responsabilidades devem contribuir não só para a restauração da saúde, vista em termos meramente médicos, mas também para a manutenção de níveis de equilíbrio psicológico e emocional que assegurem a personalização do doente no mundo hospitalar.

3ª Revalorização do estatuto profissional dos enfermeiros através da especialização: as áreas de especialização são restritas e funcionam mais como instrumento de acesso aos graus superiores da hierarquia de enfermagem do que como objecto de práticas de enfermagem especializadas. Os enfermeiros têm consciência de que

se existisse um paralelo entre as especialidades de enfermagem e as especialidades médicas e proporcionassem uma formação não apenas teórica mas também com ligação às técnicas médicas, usufruiriam de uma revalorização do seu estatuto e regularizariam e consagrariam especializações de facto adquiridas no próprio terreno do seu trabalho.

Pelo que fica exposto, podemos observar que é muito difícil distinguir em que medida as posições de defesa da revalorização correspondem a uma filosofia profissional consistente e apostada na conquista de uma maior margem de autonomia face ao poder médico e correspondem a um projecto colectivo e concertado a todos os níveis da hierarquia, ou se obedecem unicamente à confirmação das divisões internas do corpo da enfermagem.

A ideologia dominante da enfermagem hospitalar inclina-se para o facto dos enfermeiros deverem permanecer polivalentes, valorizando o seu papel psicossocial junto dos doentes, mas igualmente, empenhados na sua valorização profissional, acompanhando paralelamente os traços técnico-científicos da evolução dos modelos da prática médica. A ideia de vocação ou de missão é recusada e o pensamento de revalorização profissional segue uma orientação ideológica humanitária (Carapinheiro, 1998).

Em resumo, diremos que o enfermeiro do terceiro milénio será:

- Aquele que se sinta identificado com a tarefa de cuidar e que, como tal, se reconheça e sinta reconhecido.
- Aquele que no campo da saúde esteja disposto a substituir o outro, sempre que seja necessário, mas sem que o outro perca a sua identidade.
- O que coloca como meta ser rapidamente substituído nas suas tarefas, ou melhor, que seja capaz de promover o auto-cuidado.
- O que estiver consciente de que a enfermagem pode oferecer elementos indispensáveis e insubstituíveis em todos os âmbitos do desenvolvimento da saúde.
- Aquele que seja capaz de apreciar o reconhecimento que se obtém por um trabalho realizado numa zona obscura e no qual nunca se pode exercer o monopólio do saber.

Actualmente, as pressões económicas e sociais levam a mudanças no sistema de prestação de cuidados e poderemos dizer que as estruturas prestadoras de cuidados de saúde no futuro pouco terão a ver com as actuais. Assim sendo, os enfermeiros não podem alhear-se do debate sobre questões fundamentais, como o desenvolvimento dos serviços e os incentivos do mercado, pois elas vão afectar de forma definitiva as possibilidades de

desenvolvimento do seu trabalho. Por outro lado, os enfermeiros deverão desenvolver todas as áreas funcionais relacionadas com a sua responsabilidade no cuidar, e que são, o planeamento, a gestão, a investigação e a formação.

Porter-O'Grady (1991) citado por Catarino *et al* (1993), diz que há várias questões que devem ser resolvidas com vista ao aparecimento de uma nova prática de enfermagem:

1. Acesso mais fácil aos níveis de formação mais elevados;
2. O papel do enfermeiro fora do quadro institucional deve retratar um prestador de cuidados que pode gerir e controlar a sua própria prática;
3. Valorização económica do papel do enfermeiro;
4. Necessidade de discutir com os seus pares a forma como decorre o seu trabalho, no sentido de preservar o carácter da enfermagem, evitando que se assumam comportamentos próprios dos valores de outros profissionais.

É, pois, imperativo a construção de indicadores de produtividade e qualidade na enfermagem, que tenham por base os padrões de qualidade e as boas práticas profissionais. Neste sentido, a Ordem dos Enfermeiros (2004) refere que os cuidados de enfermagem, tendo em conta a sua complexidade, especificidade e diversidade, são muito dependentes do contexto e influenciados de modo interactivo pela estrutura, processo e resultados. Deste modo, a sua avaliação, quantitativa e qualitativa requer um conjunto de indicadores e métricas que se verifiquem sensíveis a estes factores. Esses indicadores de diferentes níveis servirão de referência para que as organizações, independentemente da natureza do seu regime jurídico, avaliem a produtividade e qualidade dos enfermeiros enquanto grupo profissional.

Por seu lado, a produtividade e qualidade individual deve ter como referente as normas e critérios de actuação, definidos por cada instituição e cada serviço e nesse sentido o actual sistema de avaliação de desempenho dos enfermeiros impõe essa filosofia.

2. AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO

A avaliação de desempenho tem um papel de destaque ao nível da gestão de recursos humanos, com repercussões directas na produtividade enquanto processo de controlo do desempenho, mas, também, indirectamente enquanto processo de desenvolvimento profissional, formação, promoção, e, remuneração, e neste contexto, ser factor determinante do sucesso da organização.

Chiavenato (1999:189) define: “avaliação do desempenho é uma apreciação sistemática do desempenho de cada pessoa em função das actividades que ela desempenha, das metas e resultados a serem alcançados e do seu potencial de desenvolvimento.” Este autor defende, ainda, que o desempenho humano é extremamente contingencial pois varia de pessoa para pessoa e de situação para situação, dependendo de inúmeros factores condicionantes que o influenciam poderosamente.

As organizações são hoje percepcionadas como uma realidade social com valores, crenças e padrões de actuação partilhados pelos seus membros, pelo que o sistema de avaliação de desempenho de uma organização pode desempenhar um papel fundamental, determinando o tipo e o valor da cultura da organização.

Definir cultura organizacional não é uma tarefa fácil nem consensual, pois ela varia com as metodologias de abordagem e com a forma de operacionalizar o conceito. No entanto, Neves (2001) refere um conjunto de características associadas ao conceito. São elas a estrutura comum e partilhada por um conjunto de pessoas, socialmente desenvolvida, aprendida e transmitida em termos comportamentais, cognitivos e emocionais, em que o núcleo base é constituídos por valores que fornecem às pessoas regras e normas orientadoras do funcionamento organizacional e com influência directa e indirecta no desempenho organizacional contribuindo para a definição da identidade organizacional.

Duas posições podem ser encontradas nas diversas teorias organizacionais que procuram mecanismos que racionalizem e tornem previsíveis os comportamentos organizacionais. O mesmo autor (2001: 465) explica a primeira dessas posições que mais preocupada com os resultados práticos da gestão, “vê a cultura como um subsistema interno da organização que permite a adaptação dos indivíduos à organização como um todo, e à organização, uma adaptação ao seu meio envolvente, dizendo-se por isso que a

organização tem uma cultura”. Neste caso, a cultura assume o papel de variável independente susceptível de ser tratada como causa, efeito ou factor moderador. A segunda posição acentua a diferenciação da identidade individual ou grupal no espaço organizacional entendendo que a organização é uma cultura, que integra diversas subculturas, o que implica uma autonomia individual ou grupal e uma diversidade de interesses e objectivos e a aceitação da ideia dos indivíduos como agentes activos e possuidores de identidade própria. Nesta perspectiva, podemos interrogar-nos de como é possível que pessoas com os seus próprios valores, interesses, aptidões, motivações trabalhem todas para o mesmo fim? Câmara *et al* (2003: 176) explicam-no com base numa cultura organizacional integradora, pois “existem culturas próprias de cada grupo profissional, mas essas culturas específicas são sustentadas pela cultura geral da organização pelo seu nível mais profundo, a sua identidade”. Nesta perspectiva, toda a política de gestão de recursos humanos tem que ser integrada nos pressupostos estratégicos, na missão e nos valores da organização permitindo que na prática se consiga gerir a cultura de forma eficaz. É necessário que essa política estimule e premeie determinados padrões de comportamento e de actuação funcional e que seja congruente garantindo que seja uma política de sucesso valorizada por parte dos funcionários consolidando, simultaneamente, um conjunto de pressupostos definidores do que é a organização, o que se espera dela e dos seus colaboradores actuando assim ao nível da cultura organizacional (Câmara *et al*, 2003).

Johnston e Clark (2000) entendem que a avaliação de desempenho pode proporcionar um meio poderoso para conduzir ao aperfeiçoamento. A utilização de medidas de desempenho quando ligadas a recompensas e/ou castigos pode motivar os indivíduos a melhorar o seu desempenho, partindo do princípio de que eles têm controlo sobre aquilo que está a ser medido.

Com este enquadramento, a avaliação de desempenho pode ser entendida como uma forma sistemática e formal de apreciação do trabalho desenvolvido pelos colaboradores de uma organização. Este processo implica sempre um percurso que passa pela definição de um referente, um referido, as relações que se estabelecem entre avaliador e avaliado e o resultado (juízo de valor) esperado.

Barbier (1985: 68) define o referente como “aquilo relativamente a quê o juízo de valor se aplica ou é susceptível de ser aplicado. Fala-se particularmente de normas de

juízo de valor, de critérios de precisão, de condutas esperadas, de pontos de referência, etc.”. Não há avaliação se não há referência a critérios que dependem dos objectivos a perseguir. A determinação de modelos de comportamento implica especificar quais as normas e os critérios que determinam concretamente o seu juízo de valor. Vai no mesmo sentido a opinião de Hadji (1994: 31), para quem o referente “é o conjunto das normas e critérios que servem de grelha de leitura do objecto a avaliar.”

Por outro lado, o referido é para este autor aquilo que desse objecto será registado através desta leitura. Já Barbier (1985: 60) diz que o referido “é aquilo a partir de quê um juízo de valor é feito ou susceptível de se fazer. Fala-se especialmente de dados de partida, de factos de base, de informações concretas, a partir das quais se faz o juízo de valor”. O referido representa o papel de ponto de partida ou de premissa na produção do juízo de valor.

As operações de constituição do referido correspondem à produção de informações para a avaliação, ou seja, às realizações concretas que irão ser alvo de atribuição de um juízo de valor. Para se poder avaliar é necessário dispor de informação sobre o desenvolvimento concreto dos comportamentos retidos pelos agentes em desempenho.

Para a obtenção dessas informações é necessário recorrer à elaboração de dispositivos adequados, ou seja, instrumentos de avaliação.

Barbier (1985: 93-98) propõe os seguintes dispositivos:

- a) Dispositivos de desencadeamento de condutas;
- b) Dispositivos de observação em situação.

Este segundo grupo é o que nos interessa particularmente, na medida em que preconizam instrumentos que permitem observar comportamentos que não são provocados pelas necessidades de observação, mas antes comportamentos produzidos na realidade, independentemente da observação que é efectuada.

Os procedimentos de observação levantam dois tipos de questões:

- a) Privilegiam o que é manifesto, expressivo, relativamente ao que é implícito, não directamente aparente;
- b) Colocam de modo particularmente agudo o problema das interacções entre observador e observado, seja este exterior ou participante na acção. De facto, estas interacções são ainda mais fortes porque a observação implica, habitualmente a presença física.

Como forma de operacionalizar estes dispositivos utilizam-se instrumentos como a ficha individual ou o dossier individual que funcionam, precisamente, como suportes materiais das múltiplas observações recolhidas.

Salienta-se, hoje, exaustivamente a importância da avaliação formativa. A preferência por esta função exprime uma filosofia de relação avaliador/ avaliado, segundo a qual um está lá para ajudar o outro. Num tal contexto pessoalista, existem múltiplos momentos de convívio e relação de ajuda.

Para Barbier (1985: 115-119) as relações da avaliação dos agentes “funcionam explicitamente como relação de poder unilateral implicando a distinção estável de dois tipos de agentes: os avaliadores e os avaliados”. Nessa filosofia, pode dizer-se que no trabalho pedagógico, sendo os formandos objecto de um processo de transformação real, são actores deste processo na mesma base que os pedagogos. Inversamente, no trabalho de avaliação, só o avaliador desempenha um papel activo, enquanto que o avaliado, ocupa apenas uma posição de objecto de representação.

Para Barbier (1985: 75-76), o produto do processo de avaliação consiste na “formulação de um juízo de valor ou de utilidade”. Este pode explicitar-se de diversas maneiras:

a) Comportar uma certa variedade de graus ou escalas de valor, em que as mais usadas são ainda as que encontram um suporte linguístico, especialmente, advérbios que marcam a intensidade. Estas escalas comportam, obrigatoriamente, pelo menos, duas posições e uma expressão dessas posições.

b) O juízo de valor pode, igualmente, comportar ou não, indicação sobre o referente relativamente ao qual é feito. Neste caso, costuma falar-se de avaliação analítica.

c) Pode, ainda, dar lugar, à posteriori, a operações de quantificação.

Quaisquer que sejam as formas concretas que tome o juízo de valor (resultado), ele é obrigatoriamente relativo a conjuntos de capacidades que os agentes individuais ou colectivos adquiriram.

O juízo de valor apresenta-se sob a forma de uma classificação, atribuindo aos agentes avaliados uma determinada posição relativa a uma população de referência.

Barbier (1985: 152-160) refere, ainda, que o impacto da avaliação nos agentes pode observar-se nos efeitos que condicionam, dos quais se destacam: a relação consigo próprio,

a tendência para produzir um projecto de transformação pessoal, e a função de produção diferenciada dos indivíduos:

1. *Avaliação e relação consigo próprio nos agentes avaliados*: longe de satisfazer, simplesmente, fins sociais de selecção ou de orientação, a avaliação dos agentes desempenha, directamente nos indivíduos avaliados, uma outra função que é uma função de dar ou renovar a segurança para a sua própria identidade.

2. *Relação consigo próprio e tendências para produzir um projecto de transformação pessoal*: os efeitos induzidos nos agentes avaliados pela produção de juízos de valor não se limitam à relação que têm com a sua identidade. Na medida em que os actos de avaliação dos agentes contribuem para formar ou influenciar o tipo de relação que os agentes avaliados mantêm com a sua própria identidade, têm efeitos sobre as tendências que manifestam para formar projectos de transformação dependentes no entanto, da motivação para a mudança, o desenvolvimento e a progressão pessoal.

3. *Tendências para formar um projecto de transformação pessoal e função de produção diferenciada dos indivíduos*: os sentimentos de sucesso ou insucesso, as motivações ou inibições que aparecem nos indivíduos, após actos de avaliação, desempenham um papel muito importante na natureza precisa das transformações reais que vão conhecer na medida em que induzem ou não compromissos nos caminhos de transformação pessoal. É neste sentido que podemos dizer que funcionam para o sucesso ou para o insucesso, para a progressão ou estagnação.

Partindo do pressuposto que a organização defende uma cultura de desempenho que consiste em premiar ou não os seus funcionários em função do modo como contribuem para a concretização dos objectivos organizacionais, Caetano (1996), referenciado por Fernandes e Caetano (2002), classificou os objectivos da avaliação de desempenho em três categorias:

- a) os que visam a manutenção e o desenvolvimento da organização;
- b) os que visam o desenvolvimento individual;
- c) centrados na gestão de recompensas.

Todos os gestores, formal ou informalmente, avaliam o desempenho dos seus colaboradores, mas o problema coloca-se quando essa avaliação enferma em erros, com a falta de equidade, a discriminação, pela ausência de diferenciação, o tratar de forma igual situações ou pessoas que julgamos serem desiguais. O problema que habitualmente se

coloca aos gestores é saber quais os indicadores ou as formas válidas e fidedignas de medir o desempenho e, certamente, não será fácil encontrarem um sistema isento de falhas.

2.1. SISTEMAS DE AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO

A avaliação de desempenho é um processo estratégico usado com o objectivo de melhorar os resultados da organização através da melhoria do desempenho individual. Do ponto de vista do gestor, é um método sistemático de identificação e registo da actividade do funcionário e, como tal, deverá ser também um instrumento de apoio à decisão. Na perspectiva do avaliado, deverá ser um processo de orientação e ajuda que proporcionará o desenvolvimento profissional.

Assim, a avaliação do desempenho individual poderá ter diversas abordagens, mas, tanto Almeida (1996) como Fernandes e Caetano (2002), agrupam-na de forma semelhante em quatro categorias:

- *Abordagens centradas na análise de funções:* centrando a sua atenção nas principais dimensões subjacentes às tarefas (escalas gráficas).
- *Métodos baseados na observação de comportamentos:* surgiram mais recentemente destinados a aumentar a fidelidade e validade. Têm em comum com os anteriores o facto de se basearem em comportamentos no desempenho das funções, incidindo directamente sobre a avaliação de acções, ou comportamentos específicos (incidentes críticos, escalas de comportamentos esperados e escalas de observação de comportamentos).
- *Métodos de ordenação:* em que o objectivo é minimizar a possibilidade de erro de tendência central e que fazem a ordenação dos participantes em termos de mérito de desempenho: ordenação simples, comparação aos pares, distribuição forçada e atribuição de pontos.
- *Métodos de avaliação centradas nos resultados globais ou divisionais* (gestão por objectivos): avaliam em que medida os resultados estão de acordo com os objectivos previamente estabelecidos. Integram várias áreas da gestão, procurando obter o máximo de eficácia e de eficiência quer pessoal quer organizacional. Estes métodos assentam nos conceitos de gestão participativa, defendidos por Peter Drucker, citado por Câmara *et al*

(2003), têm como aspectos fundamentais a fixação de objectivos de equipa, a par dos objectivos individuais, o aparecimento de objectivos de longo prazo e o autodesenvolvimento. Apesar de comumente se considerar que a avaliação é realizada pelo chefe imediato do avaliado, ela poderá ser efectuada, também, pelo próprio avaliado, pelos colegas, pelos subordinados e, ainda, a avaliação 360° quando é feita pelo círculo de actores que afectam e são afectados pelo desempenho do funcionário.

A título exemplificativo, poderemos falar da experiência do sistema de avaliação na função pública coreana, explanado por Kim (2002). É constituído por dois sub-sistemas, um para agentes de nível superior, baseado na gestão por objectivos, e outro para avaliação de desempenho dos agentes de nível intermédio e inferior. Neste último, a avaliação é feita segundo três eixos, cada um com ponderações diferentes:

1. avaliação propriamente dita: qualidade, quantidade e pontualidade na realização das tarefas assim como a participação na melhoria dos processos;
2. competências: avaliação dos conhecimentos, experiência em determinadas tarefas, decisões acertadas, capacidade de antecipação, qualificações profissionais;
3. comportamento: avaliado com base na assiduidade e pontualidade, problemas de disciplina, atitude perante o público.

Actualmente, ganha cada vez mais força a ideia de que medir o desempenho é conhecer o grau de satisfação dos funcionários e dos utentes/ clientes.

Em Portugal, e para a função pública, poderemos considerar que a avaliação do desempenho se centra na personalidade, utilizando uma escala ancorada em traços. Tem o seu enquadramento legal no Decreto-Regulamentar nº 57/80 de 10 de Outubro. É utilizado um sistema de notação com quatro modelos diferentes, consoante os destinatários: pessoal técnico e técnico-superior; pessoal técnico-profissional e administrativo; pessoal auxiliar e pessoal operário. Exprime-se através da atribuição de uma menção qualitativa, de acordo com um sistema de notação, baseado na apreciação quantitativa do serviço prestado em relação a cada um dos factores definidos e aplicáveis ao funcionário: qualidade de trabalho, quantidade de trabalho, conhecimentos profissionais, adaptação profissional, aperfeiçoamento profissional, iniciativa, criatividade, responsabilidade, relações humanas no trabalho, espírito de equipa, capacidade para dirigir, responsabilidade pela segurança, responsabilidade por material e equipamento capacidade para coordenar, capacidade para ensinar e integração no serviço.

No entanto, algumas dificuldades e/ou distorções surgem com a aplicação de um sistema de classificação de serviço que, para Costa Dantas, citado por Nunes (1997), são:

- *Erro constante*: quando o avaliador atribui apreciações globais sistematicamente baseadas em opiniões subjectivas;
- *Erro de semelhança*: classificando melhor aqueles que se parecem mais com o avaliador e classificando pior os que têm menos semelhanças;
- *Efeito de halo*: quando o indivíduo a avaliar tem uma ou duas características excepcionalmente boas (ou más) que matizam o juízo geral do apreciador;
- *Erro de condescendência*: principalmente pelo desejo de evitar antagonismos, ficar com receio de ser mal julgado;
- *Erro de rispidez*: será o fenómeno contrário ao anterior e pode aparecer pelo desejo de mostrar firmeza, autoridade e, até, para se diferenciar dos demais;
- *Erro de contraste*: se por exemplo, um trabalhador anterior teve uma avaliação muito negativa, um trabalhador médio que seja avaliado de seguida pode parecer muito bom, ou vice-versa;
- *Erro de “primeira impressão”* ocorre quando a primeira ideia que se faz de uma pessoa permanece imutável, mesmo após ela ter sofrido alterações mais ou menos profundas;
- *Erro de tendência central*: quando o avaliador comete o erro de não distinguir entre pessoas melhores e piores no que concerne ao desempenho.

A avaliação do desempenho sempre foi um ritual tradicional, uma maneira de prestar contas periodicamente do que foi feito. Quase sempre os funcionários são avaliados através de uma escala numérica ou de métodos de observação de comportamentos e na medida em que os funcionários estão satisfeitos com as avaliações feitas, tudo parece estar bem. Mas, na prática, ninguém gosta realmente da avaliação do desempenho. Vários são os argumentos contra, desde o tempo gasto no preenchimento de formulários e da forma como ela é utilizada, cimentando a ideia de que serve apenas para apoiar decisões burocráticas.

Almeida (1996), refere que qualquer sistema de avaliação de desempenho deve obedecer a um conjunto de pressupostos que o tornem útil e formalmente correcto. Assim, no seu processo de aplicação, a avaliação de desempenho deve ter como características: a equidade, a exactidão, a fidelidade (resultados consistentes), a validade, a simplicidade, a

oportunidade, a economicidade, o bom direccionamento da informação, a selectividade, a flexibilidade, a envolvimento e a detecção de sucessos.

Estes princípios pretendem garantir, também, o princípio da não-discriminação, o que na legislação está salvaguardado, mas não se verifica na prática. Essa garantia seria um dos objectivos primordiais do sistema de avaliação - a diferenciação não arbitrária. Isso mesmo é demonstrado por Nunes (1997) que, na sua tese de Mestrado sobre “Princípio da Avaliação do Mérito e a Diferenciação de Salários - o Caso da Função Pública em Portugal”, sustenta que o actual sistema de avaliação viola o princípio da igualdade.

Essa sua convicção é fundamentada nas seguintes constatações:

- a) trata de igual forma situações ou pessoas que julgamos serem desiguais;
- b) não provoca qualquer tipo de diferenciação entre trabalhadores, antes pelo contrário, determina discriminação, pela ausência de diferenciação;
- c) não provoca (não contribui para) qualquer desenvolvimento indiciário (nova posição remuneratória) diferenciado pelo mérito no serviço”.

2.2. MONITORIZAÇÃO E CONTROLO DA AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO

Um sistema de avaliação, com medidas (indicadores) associadas a objectivos, poderá ser um meio útil para controlar o desempenho, julgar progressos, motivar os funcionários e comunicar a velocidade e dimensão da mudança necessária. Mas, a eficácia de um sistema de avaliação dependerá da ligação entre os objectivos da organização, dos avaliadores e dos avaliados. O gestor de recursos humanos tem que criar sistemas de desempenho que permitam avaliar os padrões de comportamento desejados e identificar as áreas com necessidade de melhoria, efectuando uma avaliação que permita premiar os comportamentos desejáveis reforçando a cultura pretendida.

Tznier *et al* (2000), referidos por Anderson (2002), afirmam que as organizações utilizam a avaliação de desempenho com dois objectivos fundamentais:

- a) ajudar a tomar decisões administrativas, tais como promoções, distribuição de salário, e tarefas;
- b) monitorizar o desenvolvimento do empregado e estabelecer metas de melhoria/ evolução.

Isto implica analisar variáveis como a conjugação das metas organizacionais com as dos colaboradores, motivação do funcionário, recompensas de mérito e desenvolvimento do funcionário nas áreas definidas.

Toda a organização gostaria de ter um sistema formal, válido, fidedigno e eficaz de avaliação de desempenho, pelo que se exige uma reflexão sobre os caminhos que é necessário percorrer para que um sistema de avaliação seja eficaz e sobre a forma de avaliar a sua efectividade. É, igualmente, importante perceber como é que as organizações podem ajuizar se o seu sistema de avaliação produz os resultados desejados.

Guedes, (2004: 664 e 665) define o termo efectivo como o “que tem efeito, que se realiza” e a eficácia como “a capacidade de cumprir os objectivos pretendidos”. Assim a efectividade da avaliação refere-se ao nível em que o sistema de avaliação funciona como instrumento de avaliação do desempenho e a eficácia a medida em que cumpre os objectivos a que se propõe.

No entanto, é difícil e pouco frequente as organizações avaliarem se o seu próprio sistema de avaliação de desempenho está a atingir os resultados esperados.

Cawley *et al* (1998) consideram que a efectividade da avaliação é um constructo multidimensional que não pode ser medido directamente mas avaliado pela medida das dimensões que o compõe: proporção de erros, grau de precisão e aspectos qualitativos tais como as reacções dos funcionários perante as avaliações.

Russell e Goode (1998) têm igual perspectiva referindo que um sistema de avaliação pode ser analisado por critérios psicométricos, de utilização e de qualidade. Enquanto nos critérios psicométricos se enquadra a avaliação do instrumento nas suas várias facetas, tais como a quantidade de erros, nos critérios de utilização avalia-se o treino dos utilizadores a estrutura de recompensas. Por seu lado os critérios de qualidade, igualmente importantes para predizer a validade da avaliação de desempenho, abarcam as opiniões dos avaliados e avaliadores sobre o processo e sobre a interacção entre os intervenientes, por exemplo na entrevista de avaliação.

Fletcher (1999) reconhece que o eterno problema de qualquer avaliação de desempenho coloca-se ao pretender que o processo se mantenha a funcionar e bem. Investe-se imenso esforço para o pôr a funcionar, mas é dispensada pouca atenção ao seu seguimento, fazendo com que as organizações encontrem dificuldades nos seus processos de avaliação. Assim, este autor considera essencial a monitorização desde o início para se

modificar e corrigir qualquer deficiência o mais precocemente possível, caso contrário surge o cepticismo e a desilusão.

Definir indicadores de desempenho para a avaliação de desempenho deverá ser a opção para conseguir a desejada monitorização. Fletcher (1999) classifica-os em critérios de curto e de longo prazo.

Os *critérios de curto prazo* são pertinentes na avaliação da efectividade no primeiro ano ou quando a preocupação é avaliar o desenrolar do processo de avaliação. Estes incluem:

a) *Taxa de conclusão*: a medida mais básica é verificar se as avaliações são de facto concretizadas. Se os processos tiverem sido bem planeados, com um bom nível de consulta, não deveríamos encontrar avaliações incompletas e gestores a evitá-las. A primeira dificuldade na avaliação deste critério está no facto de que os documentos não serem enviados ou centralizados. Os documentos de registo das entrevistas intercalares e finais, indiciando acções de recomendação de revisão de objectivos ou de desenvolvimento pessoal, não são elaborados e/ou enviados ao departamento de recursos humanos da organização. Estes, poderiam servir a tripla função de notificar o pessoal de que a avaliação terminou, informar se houve algumas recomendações de acção da sua responsabilidade, e proporcionar meios de inspeccionar a implementação subsequente de recomendações de acção. Algumas organizações fazem disto um critério de avaliação dos próprios avaliadores e uma pré-condição para considerar a aplicação das promoções dos avaliadores.

Por uma ou outra razão, haverá sempre algumas avaliações que não são finalizadas, mas estas deveriam ser conhecidas e justificadas.

b) *Recomendações*: outro indicador útil de evolução do processo é a extensão e o tipo de recomendações de acção resultantes da avaliação. Se os documentos de avaliação produzirem poucos pontos de acção acordados mutuamente, então algo não está bem. A natureza da acção recomendada é tão importante quanto a quantidade. Se apenas forem recomendadas acções de formação exteriores ao contexto de trabalho, não estarão a valorizar o trabalho de desenvolvimento que poderá ser feito em conjunto pelo avaliado e avaliador. Se as recomendações vão apenas num dos sentidos (avaliadores ou avaliados) então o sistema não está a ser trabalhado como planeado.

c) *Qualidade dos relatórios escritos*: o conteúdo do relatório escrito, pode dar alguma indicação sobre o decurso do processo: se está a ser elaborado de acordo com os critérios previamente definidos, que quantidade de informação é registada, ou se há inconsistência ou

deficiências da maneira requerida (por exemplo são identificados problemas mas não propostas de solução). O tom geral dos comentários, pode também, revelar aspectos importantes.

A dificuldade é que a análise sistemática dos relatórios é frequentemente demorada podendo ser ultrapassada com a contribuição do avaliador de nível superior.

d) *Atitudes e percepção do valor da avaliação*: como é que os avaliadores e avaliados se sentem em relação ao processo (da acção para a reacção): quais os benefícios e resultados que reconhecem, o que vêem como problemas. Se os participantes identificam aspectos positivos (por exemplo melhoria de desempenho, clareza no papel desempenhado, identificação do que é esperado de si), então há motivo para optimismo. Embora estas respostas possam ser subjectivas, elas são tão importantes quanto quaisquer outros dados. Qualquer informação sobre as dificuldades das avaliações (muita ênfase nos objectivos, reconhecimento insuficiente do desempenho efectivo, objecção por parte dos avaliadores em realizar a avaliação), na perspectiva dos avaliadores ou dos avaliados, deve ser investigada e planeadas as medidas correctivas. Esta informação é um indicador importante e dependendo do momento de recolha dessa informação estes podem ser critérios de curto ou de longo prazo.

e) *Equidade*: o conceito de equidade em relação à monitorização da avaliação de desempenho tem dois aspectos principais. Um tem a ver com os critérios usados para as decisões sobre as recompensas e refere-se por exemplo à participação dos diferentes estratos profissionais para os resultados organizacionais (critérios individuais ou de equipa) e se isto é ou não justificável. O outro aspecto refere-se à igualdade de oportunidades e discriminações injustas. Os critérios de avaliação são semelhantes para os vários profissionais? As avaliações não só têm que ser justas, elas têm que ser percebidas como tal.

Quanto aos *Critérios a longo prazo* pode ser questionável se deverão existir critérios a longo prazo para a efectividade de um processo de avaliação, porque nenhum processo deverá manter-se igual por um período longo de tempo. No entanto, as alterações devem ser de natureza evolutiva e não de ruptura com o processo anterior, pelo que, parece ser razoável a existência de critérios de longo prazo. Estes clarificam o que a organização pretende, principalmente se o processo de avaliação tem uma componente estratégica. Nenhum destes critérios é, exclusivamente, determinado pela efectividade da avaliação, mas

em cada caso o processo de avaliação tem um papel a desempenhar e pode ser avaliado naquele contexto.

a) *Desempenho organizacional*: há muitos factores que influenciam o índice de desempenho organizacional. Obviamente, que alguns deles (políticas governativas, estado da economia) são mais preponderantes que a avaliação de desempenho. No entanto, a sua influência não deve ser menosprezada. Um indicador claro do seu impacto no desempenho organizacional é o nível de percepção do alcance dos objectivos individuais que são fixados.

b) *Qualidade do pessoal*: uma das funções principais da avaliação é o desenvolvimento profissional. Se esse desenvolvimento for conseguido, as necessidades de recrutamento de profissionais de níveis superiores serão satisfeitas através da promoção ou colocação em novos postos de trabalho de funcionários qualificados, já pertencentes à organização.

c) *Retenção de pessoal*: a avaliação é um dispositivo de comunicação, e durante o processo de avaliação, podem ser descobertos problemas que poderiam conduzir ao abandono da organização. Se o processo de avaliação for um veículo efectivo de motivação, empenhamento e satisfação profissional, pode ajudar a minimizar a vontade de abandono da organização, o que em termos económicos poderá ser uma mais valia na medida em que se economizará o dinheiro usado em novas contratações e integrações.

d) *Níveis de compromisso*: um sistema de avaliação efectivo deve conduzir a atitudes mais positivas no desempenho. Assim, níveis de envolvimento no trabalho, satisfação profissional e compromisso organizacional são indicadores pertinentes para julgar o sistema de avaliação e o seu impacto.

A teoria da expectativa defendida por Vroom (1964), a que já aludimos quando abordámos as teorias da motivação, é explicada no âmbito do processo de avaliação de desempenho por Anderson (2002), referindo que a motivação de um supervisor que completa o processo de avaliação de desempenho com precisão e de forma efectiva depende de vários factores:

- o grau em que percebe que o esforço colocado no processo de avaliação de desempenho resultará numa avaliação de desempenho precisa - *expectativa*;
- o grau da percepção do supervisor de que a avaliação de desempenho precisa produzirá efectividade de avaliação de desempenho - *instrumentalidade*;

- o valor que o supervisor coloca na avaliação de desempenho efectiva - *valência*.

Anderson (2002) explicita que a teoria da expectativa assume que os indivíduos anseiam mais uns resultados do que outros. Por outro lado, podem seleccionar as suas acções, porque desejam resultados diferentes, fazendo uma escolha racional e reflectida dos melhores métodos para alcançar os resultados pretendidos. Supervisores e avaliados têm que fazer uma escolha cognitiva da precisão com que completarão o processo de avaliação. Esta decisão tem a ver com o nível de importância atribuído à avaliação de desempenho. Se ambos a vêem como extremamente importante (valência alta) é provável que façam um grande esforço para completar com precisão todo o processo, se pelo contrário não a consideram importante (valência baixa) provavelmente o esforço será menor.

Por outro lado e, ainda segundo Anderson (2002), se os avaliadores e avaliados acreditam que há justiça no sistema de avaliação de desempenho de uma organização, é provável que invistam nele de forma mais séria e empenhada, esforçando-se por o realizar com precisão. Nessa medida, a visão global de justiça no sistema de avaliação de desempenho afectará o esforço dos actores para completar, com precisão, o processo de avaliação.

O conceito de instrumentalidade, como refere Anderson (2002) é, igualmente, importante, e parte da ideia da existência de relação entre os resultados directos das acções de um indivíduo e os resultados desejados. O supervisor e o supervisionado avaliam o nível de esforço que será necessário investir para concretizar a avaliação de desempenho com precisão, levando também em conta a ligação entre precisão da avaliação de desempenho e os resultados desejados nesse processo.

A relação entre a precisão da avaliação de desempenho e a eficácia da mesma está altamente dependente do sistema de avaliação implementado na organização. De acordo com Anderson (2002), ferramentas e sistemas de avaliação diferentes produzirão resultados diferentes. Mas, um instrumento de avaliação preciso, independentemente dos resultados desejados, produzirá certamente uma avaliação mais efectiva. A percepção dos avaliadores e avaliados sobre a relação existente entre a precisão da avaliação de desempenho e a sua eficácia é crítica. Se acreditam que o próprio processo de avaliação é importante, esforçar-se-ão para o completar com precisão. Se essa avaliação se relacionar positivamente com a eficácia da avaliação, é muito provável que se esforce por concluir o

processo com precisão. Por outro lado, se os intervenientes, avaliadores e avaliados, acreditarem que o processo é importante e justo, mas pressentem que a uma avaliação de desempenho precisa não corresponde uma avaliação efectiva, então, dificilmente, farão o esforço para a completar.

Assim sendo, poder-se-á colocar a hipótese de que a precisão da avaliação de desempenho medirá a relação entre a percepção de justiça do processo de avaliação e a efectividade da avaliação desempenho.

Também, a percepção dos avaliados sobre a justiça no processo de avaliação de desempenho afectará a efectividade do processo. Para Anderson (2002), se o funcionário percebe os processos utilizados como justos, que os esforços para distribuir as recompensas e castigos são baseados nos resultados do processo e que é tratado razoavelmente, a sua percepção de justiça será elevada e existirão condições objectivas para que a avaliação de desempenho seja efectiva, e os objectivos da organização sejam atingidos.

Resumidamente, podemos concluir que as variáveis essenciais que condicionam avaliadores e avaliados no processo de avaliação de desempenho são:

- a) a sua percepção sobre a importância da avaliação de desempenho;
- b) a percepção sobre a justiça no processo de avaliação de desempenho;
- c) a percepção sobre a relação entre a precisão e a efectividade da avaliação de desempenho.

Cawley *et al* (1998) consideram que as reacções dos intervenientes no processo de avaliação podem ser determinantes para o sucesso e a efectividade da avaliação. Uma das reacções dos subordinados estudadas neste contexto foi a satisfação, pois estudos referenciados por estes autores demonstraram que a satisfação pode afectar variáveis como a produtividade, a motivação e o compromisso organizacional. A satisfação foi operacionalizada de dois modos diferentes: a satisfação com a entrevista e a satisfação com o sistema.

A satisfação do funcionário com a avaliação de desempenho é, segundo Mount (1983), referenciado por Tziner *et al* (1992), um factor geral que é afectado pelo sistema de avaliação, pela qualidade do *feedback* na avaliação de desempenho, potencial do processo de avaliação para ajudar a análise do desempenho e facilitar a formulação de planos de desenvolvimento pessoais.

Outra questão que se levanta para além dos critérios é a forma de recolher esses dados. Segundo Fletcher (1999), há dois métodos principais disponíveis: a entrevista e o questionário a avaliadores e avaliados.

As entrevistas produzem dados mais ricos, podendo registar dados importantes sobre o contexto e o processo de avaliação manifestados pelos entrevistados. As desvantagens deste método têm a ver com o facto de ser demorado, limitar o tamanho da amostra, a análise e resumo dos dados de natureza qualitativa é difícil. Por outro lado, não permite o anonimato dos respondentes, o que pode inibir ou condicionar a validade das respostas.

Quanto aos questionários, as vantagens e desvantagens estão basicamente em oposição às entrevistas. Como aspectos positivos, temos o facto de permitir trabalhar com amostras maiores, realizar análise quantitativa e preservar o anonimato dos respondentes. Negativamente, são-lhes apontados os factos de não permitir um detalhe e uma riqueza das observações similar às que são decorrentes das entrevistas.

Para Fletcher (1999), os aspectos mais comuns a serem investigados, quer se utilize um método ou outro, são:

- caracterização do respondente (idade, sexo, trabalho);
- o que foi discutido na avaliação;
- percepções da efectividade e resultados;
- atitudes globais para o processo de avaliação.

O mesmo autor (1999) refere que em qualquer estudo de avaliação que pretenda investigar atitudes e percepções, seja por entrevista ou questionário, a qualidade da informação obtida depende do grau de cooperação dos respondentes, e esta depende, igualmente, do envolvimento e participação solicitado, do empenhamento da administração e divulgação em boletins informativos ou reuniões departamentais.

2.3. AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO DOS ENFERMEIROS

A avaliação de desempenho dos enfermeiros foi instituída em 1971, através do Decreto-Lei nº 414/71 de 27 de Setembro. Através dele foi regulamentado que o bom e efectivo serviço era condição necessária para acesso às diferentes categorias da carreira de

enfermagem, ainda que a avaliação não fosse concretizada de forma sistemática e obrigatória.

Em 1981, com a publicação do Decreto-Lei nº 305/81 de 12 de Novembro, que veio instituir uma nova carreira de enfermagem, estabelece-se que a apreciação do mérito do exercício profissional é necessário para o acesso aos vários graus da carreira, vindo a ser regulamentado pela Portaria nº 189-A/84 de 30 de Março a classificação de serviço da carreira de enfermagem. Tinha como objectivos essenciais: contribuir para a valorização do enfermeiro de modo a possibilitar a progressão na carreira, contribuir para a melhoria do desempenho através do conhecimento das suas potencialidades e necessidades, melhorar o relacionamento interpessoal, e detectar necessidades de formação.

No entanto, este processo apresentava diversas limitações, pois era um sistema de notação com dificuldades na operacionalização dos conceitos, em que a participação do enfermeiro avaliado era limitada, sem qualquer envolvimento pessoal, sendo-lhe unicamente dado conhecimento da classificação atribuída. A preocupação em analisar, de forma contínua, a prática profissional e o seu desenvolvimento estava ausente deste processo.

O actual sistema de avaliação de desempenho dos enfermeiros foi criado pelo Decreto-Lei nº 437/91 de 8 de Novembro e regulamentado pelo Despacho nº 2/93 de 30 de Março, integrando-se numa filosofia que visa a melhoria contínua até à optimização dos serviços públicos, o que determina uma filosofia de gestão por objectivos, numa perspectiva de desenvolvimento pessoal, profissional e organizacional. Este sistema de avaliação de desempenho, com a atribuição periódica de uma menção qualitativa, obrigatoriamente considerada na progressão e promoção na carreira, aplica-se aos enfermeiros providos em lugares de quadros ou mapas de pessoal dos estabelecimentos e serviços dependentes do Ministério da Saúde. A atribuição menção qualitativa resulta da avaliação contínua do enfermeiro avaliado, centra-se no conteúdo funcional de cada categoria profissional e é referenciada pelas normas de actuação e critérios de avaliação definidos no estabelecimento ou serviço.

Este sistema de avaliação do desempenho estabelece nos art.º 43 e 53, como princípios orientadores: a objectividade, a continuidade, a flexibilidade e a periodicidade. Estes princípios desenvolvem-se em função das especificidades de cada estabelecimento e serviço, no sentido de otimizar as potencialidades dos enfermeiros e respectivas unidades,

em convergência com os projectos profissionais de cada um e da organização. Pretende que sejam estabelecidos objectivos claros e aceites por todos, como sejam:

- a) Melhorar o desempenho dos indivíduos e das equipas.
- b) Possibilitar às pessoas participarem na solução dos problemas da organização que afectam o seu desempenho.
- c) Criar na organização um espírito de cooperação, entendimento mútuo entre avaliadores e avaliados quanto ao trabalho a realizar.
- d) Valorizar mais a formação profissional, o desenvolvimento pessoal e a realização das aspirações e expectativas dos enfermeiros, inseridos num contexto organizacional.

Daqui deve derivar todo um trabalho em torno dos objectivos institucionais, dos serviços, de cada enfermeiro, dos métodos utilizados para os medir e avaliar e, principalmente, dos comportamentos dos avaliados e avaliadores. Parece claro que não basta a igualdade absoluta das tarefas desenvolvidas pelos enfermeiros no sentido de se fixar os salários. O facto de os vários enfermeiros terem as mesmas funções legalmente definidas e enquadradas em face das suas responsabilidades e atribuições gerais dentro da instituição não significa que cada um não perceba as suas próprias contribuições para a organização, bem como as contribuições dos outros elementos. Tal como refere Nunes (1997: 129), “todo e qualquer trabalhador percebe o valor do seu trabalho e o valor do trabalho desempenhados pelos outros”. Ainda o mesmo autor refere que, ao lado de uma identidade objectiva (igualdade funcional), é exigida uma identidade subjectiva (igualdade do valor do trabalho). Parece inquestionável que na realização de qualquer tarefa, por mais elementar que seja, o trabalhador não desenvolve apenas uma técnica ou forma de execução, mas deixa, igualmente, um pouco da sua personalidade.

Avaliar o serviço prestado pelos funcionários é avaliar o conjunto de factores que na sua globalidade o traduzem: a qualidade, a quantidade, a responsabilidade, o aperfeiçoamento profissional, a criatividade e a iniciativa. Nunes (1997:132) acrescenta que “aferindo, deste modo, da habilidade, capacidade, aptidão e competência do trabalhador em produzir o máximo, a despeito das dificuldades do serviço, ou seja da sua capacidade de produzir trabalho, teremos uma relação directa com o resultado ou quantidade-qualidade dessa mesma produtividade: a promoção e/ou progressão, se for caso disso, em perfeita desigualdade não arbitrária, mas prevista, não com discriminação, mas, isso sim, como diferenciação.”

2.3.1. Os Intervenientes e o Processo

São intervenientes no processo de avaliação de desempenho os avaliados os avaliadores e a comissão de avaliação.

Os avaliados

O processo de avaliação do desempenho aplica-se aos enfermeiros providos em lugares de quadro ou mapa de pessoal dos estabelecimentos e serviços dependentes do Ministério da Saúde. Com as necessárias adaptações, aplica-se, também, aos enfermeiros contratados em regime de contrato de trabalho a termo certo e em regime de contrato administrativo de provimento, quando de duração igual ou superior a 12 meses (Decreto-Lei nº 437/91 -Carreira de Enfermagem; Despacho nº 2/93).

Os avaliadores

A competência para avaliar o desempenho profissional pertence conjuntamente ao enfermeiro avaliado e aos enfermeiros avaliadores designados nos termos do artigo 46º e 48º do Decreto-Lei nº 437/91 de 8 de Novembro (Carreira de Enfermagem).

A atribuição da menção qualitativa é da competência dos enfermeiros avaliadores.

O exercício das competências dos enfermeiros avaliadores tem como pressupostos:

- a) A existência de normas de actuação profissional e de critérios de avaliação do desempenho, para cada categoria, referenciados pelo padrão de qualidade dos cuidados de enfermagem do estabelecimento ou serviço, aprovadas pelo órgão máximo, sob proposta do enfermeiro director;
- b) Com subordinação ao estabelecido para o estabelecimento ou serviço, a existência de normas de actuação profissional e de critérios de avaliação do desempenho para cada categoria, referenciados por padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem da unidade de cuidados, aprovados pelo enfermeiro-director, sob proposta do enfermeiro-chefe respectivo;
- c) Contacto funcional de, pelo menos, um dos enfermeiros avaliadores com o enfermeiro avaliado, durante o último ano do triénio considerado;

d) Registos periódicos do desempenho do enfermeiro avaliado, relativamente a todos os parâmetros do conteúdo funcional da categoria profissional, em situações diversificadas, efectuadas pelo enfermeiro avaliador;

e) A designação de um ou mais enfermeiros, de preferência especialistas, para coadjuvar o enfermeiro-chefe na orientação e avaliação de enfermeiros do nível 1, na proporção de 1 para 15, sempre que os enfermeiros a avaliar forem superiores a este número;

f) O estabelecimento de consensos quanto aos procedimentos a adoptar, em reunião conjunta de todos os enfermeiros avaliadores do estabelecimento ou serviço com a comissão técnica de avaliação, presidida pelo enfermeiro-director;

g) A harmonização dos procedimentos a adoptar na orientação dos enfermeiros avaliados, em reunião conjunta de cada enfermeiro-chefe com os respectivos coadjutores enfermeiros especialistas.

A comissão técnica de avaliação

A comissão técnica de avaliação é um órgão consultivo e normativo, cujas actividades se processam no âmbito da avaliação do desempenho e no desenvolvimento da qualidade dos cuidados de enfermagem do estabelecimento ou serviço.

Os enfermeiros que fazem parte da comissão técnica de avaliação têm que ter formação e experiência na área da avaliação do pessoal e dos cuidados de enfermagem, sendo composta pelo enfermeiro-director, que preside e quatro vogais, dos quais um enfermeiro representante da administração, um enfermeiro representante da estrutura de formação permanente e dos enfermeiros responsáveis pela formação em serviço e dois representante dos enfermeiros avaliados eleitos entre os seus pares.

À comissão técnica de avaliação estão atribuídas as seguintes competências:

- Coordenar a elaboração e a aplicação das normas de actuação e dos critérios de avaliação do desempenho para o estabelecimento ou serviço e unidade de cuidados;
- Coordenar a elaboração e a aplicação das normas de actuação e dos critérios de avaliação do desempenho para o estabelecimento ou serviço e unidade de cuidados;
- Assegurar a aplicação homogénea dos princípios de orientação e avaliação do desempenho dos enfermeiros;

- Participar na elaboração de orientações e instruções consideradas necessárias para o processo de orientação e de atribuição da menção qualitativa;
- Emitir parecer sobre dúvidas ou questões suscitadas no âmbito das suas atribuições, sempre que solicitado;
- Emitir recomendações sobre a necessidade de formação do pessoal de enfermagem, de acordo com os projectos de desenvolvimento da qualidade dos cuidados de enfermagem e objectivos do estabelecimento ou serviço.

O Despacho nº 2/93 de 30 de Março estabelece as seguintes fases do processo de avaliação:

1. O Conselho de Administração aprova os padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem da instituição;

2. A Comissão Técnica de Avaliação em conjunto com os avaliadores estabelece as normas de actuação e os critérios de avaliação de desempenho;

3. O enfermeiro avaliador reúne com os enfermeiros do serviço para definição dos objectivos do serviço, das normas de actuação e dos critérios de avaliação por serviço e por categoria.

4. Avaliador e avaliado realizam a entrevista inicial com os seguintes objectivos:

- integrar o enfermeiro avaliado na filosofia, objectivos e métodos de trabalho do estabelecimento ou serviço e unidades de cuidados;
- ajudar a interpretação das normas de actuação profissional e dos critérios de avaliação do desempenho estabelecidos para o triénio;
- definir os papéis e as acções a desenvolver no processo de orientação periódica por cada um dos intervenientes;
- motivar o enfermeiro avaliado para elaborar o seu projecto profissional e o plano de acção anual, tendo em consideração o estabelecido nas alíneas anteriores.

5. Avaliador e avaliado realizam uma entrevista de orientação periódica pelo menos uma vez por ano. A entrevista periódica de orientação integra a formalização do processo de avaliação contínua do desempenho profissional, visa o desenvolvimento do enfermeiro avaliado numa perspectiva pessoal e profissional, inclui elementos de aconselhamento, formação e avaliação e tem como objectivos:

- ajudar o enfermeiro avaliado a seleccionar estratégias e meios atinentes à optimização das suas capacidades;

- promover o desenvolvimento da capacidade de auto-avaliação;
- promover a autonomia do desempenho profissional e participação no trabalho em equipa;
- facilitar o desenvolvimento do projecto profissional do enfermeiro avaliado e a sua harmonização com os objectivos, projectos e funcionamento do respectivo estabelecimento ou serviço.

Na entrevista periódica de orientação, os intervenientes devem analisar, comparar e discutir o desempenho profissional do enfermeiro avaliado, analisar o projecto profissional e o plano de acção estabelecido pelo enfermeiro avaliado para o período em causa, elaborar o plano de acção conjunto para o período seguinte e registar o resumo da entrevista no impresso de orientação. O enfermeiro avaliado elabora e entrega o relatório crítico de actividades no final do triénio, o qual deve conter a apreciação crítica do desempenho da actividade profissional, nas suas componentes científica, técnica e relacional.

A folha de rosto do relatório crítico de actividades deve conter a identificação do estabelecimento ou serviço, nome e categoria do enfermeiro avaliado, período a que se reporta e espaços para atribuição da menção qualitativa, despacho de homologação e para as assinaturas dos enfermeiros avaliadores e avaliado, servindo assim de suporte documental à atribuição da menção qualitativa.

No actual sistema, pretende-se que, no final do processo de avaliação para o triénio, existam três tipos de resultados:

- a) um plano de trabalho conjunto para o próximo período acordado entre o avaliador e o avaliado;
- b) um plano de desenvolvimento e formação do trabalhador apreciado;
- c) a atribuição de uma menção qualitativa de *Satisfaz* ou *Não Satisfaz* ao avaliado.

Estas menções têm consequências nos tempos para progressão nos escalões salariais e nos tempos mínimos numa categoria profissional necessários para promoção a outra categoria mais elevada.

O actual sistema preconiza, assim, a apreciação de forma sistemática do exercício profissional do enfermeiro na sua categoria, no seu cargo e na unidade de cuidados. Estimula o auto-aperfeiçoamento, para determinar as capacidades do enfermeiro na sua prática com a finalidade de o ajudar a desenvolver pessoal e profissionalmente e proporcionar aos utentes cuidados de enfermagem de melhor qualidade. Na sua

complexidade, foi perspectivado para que o enfermeiro conheça o que a organização espera de si, através da adequada definição de padrões de qualidade de cuidados, das normas de actuação e dos critérios de avaliação e, neste contexto, valorizados e reconhecidos nas suas actividades quer interdependentes quer autónomas. Neste sentido, a avaliação é um meio e não um fim. Resumidamente, diremos que o sistema de avaliação de desempenho dos enfermeiros se apresenta formal, contínuo, evolutivo, individualizado, objectivo e participativo.

2.3.2. Limitações e Perspectivas Futuras

O processo de avaliação de desempenho dos enfermeiros foi criado numa perspectiva de mudança qualitativa do exercício, orientado para a transformação e inovação no exercício profissional. Contudo, a mudança nas organizações e nas pessoas não ocorre por decreto. Ela depende do empenho dos enfermeiros, só eles podem modificar a prática profissional se a considerarem como parte integrante da sua responsabilidade.

É um processo de avaliação autónomo em que quem tem competência para avaliar são os superiores hierárquicos: enfermeiro chefe como primeiro avaliador e enfermeiro supervisor como segundo avaliador, com contacto funcional com o avaliado, tendo por base as normas e critérios definidos pelos enfermeiros.

Algumas críticas têm sido apontadas a este processo de avaliação como o revela o estudo de Pereira (2001: 88 e 89), que revelou como aspectos negativos a descontinuidade do processo: “duma forma geral, todos apontam que a filosofia do sistema é sustentável, mas já relativamente à concretização dos momentos previstos, as opiniões revelam algum descrédito, na maioria das vezes porque sentem que as expectativas foram defraudadas, dando ideia de um processo burocratizante, pouco estimulador, traduzido pela pontualidade das acções desenvolvidas, contrariando a continuidade que lhe está subjacente, nomeadamente na realização das entrevistas de orientação, quer a avaliados quer a avaliadores”. Estes sentimentos serão mais acentuados nos enfermeiros com mais tempo de serviço e que já foram avaliados por este sistema mais do que uma vez.

Estamos, no entanto, numa fase que se pretende de profunda remodelação, com alterações ao nível da definição do papel do Estado, a sua dimensão e funções, bem como a

adopção de um novo modelo organizacional e de funcionamento para a Administração Pública, em que os serviços de saúde são disso exemplo, com a adopção de filosofias do modelo empresarial.

A Assembleia da República aprovou em 8 de Novembro a Lei nº 27/2002, que define um novo modelo de gestão hospitalar. Nele se especifica que os directores de departamento e de serviço respondem perante os conselhos de administração dos respectivos hospitais, sendo obrigados a fixar os objectivos e os meios necessários para os atingir, definindo, igualmente, os mecanismos de avaliação periódica.

Pretende-se que a Administração Pública evolua “para uma gestão determinada por objectivos, orientada para resultados e dotada dos instrumentos de gestão necessários para actuar e responsabilizar, motivando os seus trabalhadores para um desempenho de qualidade e reconhecendo o mérito e a excelência” (Lei nº 27/2002).

Este novo enquadramento legislativo, designado Sistema Integrado de Avaliação do Desempenho na Administração Pública (Lei nº 10/2004), apresenta como linhas essenciais para além da avaliação individual dos trabalhadores, dos dirigentes e a avaliação dos serviços e organismos, a promoção da diferenciação pelo mérito, previsão de quotas de mérito e excelência para as avaliações. Este sistema baseia-se na definição de metas a atingir anualmente, estabelecidas entre avaliadores e avaliados, tendo em vista uma maior eficácia na gestão dos recursos humanos.

A previsão de quotas de mérito é um dos aspectos mais controversos, sendo questionado se isso não é impeditivo do princípio de igualdade de oportunidades.

No entanto, um facto inegável é que as alterações legislativas vêm alterar e diminuir a autonomia dos enfermeiros no processo de avaliação de desempenho tendo em conta o que foi determinado pela nova lei de gestão hospitalar (Lei n.º 27/2002) no que se refere às competências dos directores de serviço, sendo-lhes reconhecido, por exemplo, no seu artigo 10º, poderes de direcção e disciplinar sobre todo o pessoal que integra o seu departamento ou serviço, independentemente da sua carreira ou categoria profissional, embora com a salvaguarda das competências técnicas e científicas atribuídas por lei a cada profissão.

À data da elaboração deste estudo não está ainda esclarecido se este novo sistema de avaliação de desempenho será aplicado aos funcionários pertencentes aos corpos especiais, como é o caso dos enfermeiros, e se haverá rotura com o actual sistema de

avaliação de desempenho, ou se como este será mantido. Uma das organizações sindicais dos enfermeiros (SEP, 2004) defendeu a sua manutenção por considerarem que o actual sistema de avaliação consagrado na Carreira de Enfermagem é um óptimo instrumento de desenvolvimento de competências e de aperfeiçoamento do desempenho e, como tal, propõe a manutenção do actual modelo.

A Ordem dos Enfermeiros (2004) defende que, independentemente dos sistemas de avaliação de desempenho, há aspectos essenciais que devem ser considerados, como sejam:

- adopção como instrumento de trabalho do quadro de referências sobre indicadores de qualidade e produtividade em enfermagem por si definidos;
- estabelecer objectivos com a presença e intervenção dos enfermeiros a nível operacional intermédio e estratégico;
- adoptar um sistema de informação que inclua indicadores de qualidade de cuidados de enfermagem;
- a ligação dos incentivos à avaliação do desempenho deve ser efectuada através da avaliação colectiva das intervenções dos enfermeiros por equipas ou serviços, pois a produção dos cuidados não depende exclusivamente do desempenho diferenciado de um profissional.

Assim, um dos propósitos é a instituição de um modelo credível de avaliação, de forma a permitir uma correcta apreciação dos recursos alocados a cada um dos organismos e funções e para a criação de condições de maior motivação profissional, qualificação e formação permanente dos recursos humanos e, como tal, pretende-se desenvolver um sistema global de avaliação que envolva os trabalhadores, os dirigentes, os serviços e os organismos.

Caetano e Vala (2002:381) reforçam esta ideia, referindo que “sendo a avaliação de desempenho um processo organizacional e, portanto político, os possíveis enviesamentos que lhe estejam associados estão sujeitos às estratégias que os actores desenvolvem para exercer ou partilhar o poder organizacional”. A aceitação e empenhamento dos funcionários dependem, em muito, dos procedimentos usados, da forma como é recolhida e comunicada a informação, ou seja, da percepção dos intervenientes de que é um processo justo. Como tal, a justiça dos procedimentos usados nas avaliações pode contribuir para a eficácia organizacional.

3. JUSTIÇA ORGANIZACIONAL

A justiça nas organizações é reconhecidamente um requisito básico para o seu funcionamento eficaz, para a satisfação dos seus funcionários, influenciando directamente os seus comportamentos e contribuindo para a eficácia organizacional.

A justiça organizacional pode ser abordada a partir de duas perspectivas: a justiça objectiva e a justiça subjectiva. Segundo Pina e Cunha *et al* (2003), uma decisão organizacional específica é objectivamente justa quando respeita critérios normativos de justiça, e é subjectivamente justa quando as pessoas a percebem como tal. Assim, “uma decisão organizacional pode ser objectivamente justa à luz de um determinado critério normativo, mas ser percebida como injusta pelas pessoas que são por ela afectadas” (Pina e Cunha, 2003: 214). No nosso estudo, analisaremos a justiça no plano subjectivo, ou seja, a justiça percebida pelas pessoas.

Muitos dos estudos realizados na área da justiça organizacional têm incidido em dois assuntos fundamentais: as respostas dos empregados perante os resultados recebidos e os meios através dos quais obtêm estes resultados, ou seja, os procedimentos. Autores como Greenberg *et al* (1986) utilizaram as teorias de justiça social nas organizações para testar os princípios de justiça nas interações sociais em geral. Estas teorias conheceram um sucesso parcial quando foram usadas para explicar as várias formas de comportamentos organizacionais.

Cropanzano (2001) considera a justiça organizacional como uma área da investigação psicológica focalizada nas percepções de justiça no local de trabalho.

Os julgamentos sobre a justiça são feitos através de um processo bastante simples e Sheppard, Lewicki, e Minton (1992), referenciados por Lee (2000), apresentam dois princípios para avaliar a justiça de uma decisão, procedimento ou acção.

O primeiro princípio de justiça requer um *julgamento de equilíbrio*. Exige que a pessoa estabeleça comparação sobre uma determinada decisão em contraponto com outras decisões semelhantes em contextos idênticos. As comparações de equilíbrio são feitas avaliando os resultados de duas ou mais pessoas e comparando esses resultados ao valor das contribuições que eles provêm à organização. O segundo princípio interno, pelo qual uma decisão, procedimento, ou acção é avaliada, é a *exactidão*. Pode ser vista como a

qualidade que faz com que a decisão pareça correcta. A pessoa tem a percepção de a decisão ser equilibrada e acertada.

Para a compreensão do significado das percepções de justiça Pina e Cunha *et al* (2003) afirmam que é pertinente distinguir e considerar três dimensões fundamentais:

- a) a justiça distributiva: focaliza-se no conteúdo, na justiça dos fins alcançados ou obtidos;
- b) a justiça procedimental: centra-se no processo que determina a decisão; a justiça dos meios usados para alcançar os fins/ resultados.
- c) a justiça interaccional que reflecte a qualidade da interacção ou seja a forma como o decisor a transmite, explica e justifica aos colaboradores.

3.1. JUSTIÇA DISTRIBUTIVA

A justiça distributiva foi a primeira a suscitar a atenção dos investigadores organizacionais. Segundo Rego (2000:287), “focaliza-se no conteúdo, isto é na justiça dos fins alcançados ou obtidos (salários, notações de desempenho, sanções disciplinares, promoções, aceitação/ rejeição de candidatos, resultados dos testes de detecção de consumo de droga, fatia orçamental atribuída às necessidades organizacionais subsidiárias, lucros distribuídos pelos trabalhadores).”

A justiça distributiva associa-se, preferencialmente, à satisfação com os resultados específicos de determinada decisão e emerge como importante factor explicativo das reacções dos indivíduos, logo que os resultados são conhecidos e em situações em que estão pouco familiarizados com os procedimentos, como por exemplo, nos processos de recrutamento/ selecção.

O conceito de justiça distributiva tem as suas origens mais remotas na obra de Aristóteles “Ética a Nicómaco”, ao referir-se “à distribuição de honras, riqueza ou qualquer outro bem que pode ser dividido entre os membros de uma comunidade que partilham um sistema político.” (Morgan, 1992, citado por Pina e Cunha *et al*, 2003: 216).

Durante os anos 60 foi possível realizar estudos que sugeriam que a justiça distributiva era um importante factor no comportamento social. Lee (2000) refere que o conceito de justiça distributiva tem as suas bases na teoria da equidade de Adams

publicada em 1965, sendo componentes estruturais principais desta teoria os *inputs* e os *outcomes*. Os *inputs* são descritos por Greenberg e Baron (1997) como aquilo que as pessoas percebem como sendo contribuições suas para o seu trabalho, como sejam a sua experiência e a qualificação ou quantidade de tempo dispendida no trabalho. Os *outcomes* são as retribuições recebidas pelos empregados em função do seu trabalho, tais como o salário e o reconhecimento.

Deverá existir uma relação comparável entre compensações e contribuições. Adams (1995), citado por Lee (2000), argumenta que o comportamento social é afectado pela convicção de que a atribuição de recompensas dentro do grupo deverá ser equitativa, os *outcomes* deverão ser proporcionais às contribuições dos membros do grupo. As pessoas ficarão satisfeitas quando os *ratios* entre os seus próprios *inputs* e *outcomes* forem iguais, comparativamente aos *ratios* dos *inputs/outcomes* dos outros membros do grupo. De acordo com Pina e Cunha *et al* (2003:217), “a presença de injustiça suscita um nível de tensão na pessoa, e motiva-a a encontrar a equidade ou a reduzir a iniquidade experimentada.”

A teoria da equidade recorre a um conceito unidimensional da justiça distributiva, assumindo como um julgamento individual de justiça sobre as suas próprias recompensas (ou dos outros) exclusivamente em termos de princípio do mérito, ou seja, reconhece a relevância de apenas uma regra, a regra das contribuições.

Para Jablin (1979), Napier e Ferris (1993), referenciados por Lee (2000), a qualidade das relações interpessoais no trabalho cria percepções de justiça organizacional que decorrem das percepções de justiça pessoal do tratamento que receberam na organização. Em particular, a qualidade da relação supervisor-subordinado é fundamental para as atitudes e comportamento do empregado.

O modelo do julgamento de justiça, explicado por Lee (2000), foi desenvolvido por Leventhal (1976), defendendo a importância da especificação de critérios através dos quais a distribuição de resultados seja considerada justa. Refere que as pessoas julgam o seu mérito usando diferentes regras de justiça: regra da contribuição, regra da equidade e regra da necessidade. Enquanto na regra da equidade, todos deveriam receber de forma semelhante independentemente das necessidades ou das contribuições, a regra da necessidade pressupõe que os indivíduos com maior necessidade deveriam receber maiores resultados.

O conceito central do julgamento de justiça é o de que um indivíduo aplica as regras de distribuição selectivamente, seguindo regras diferentes em momentos distintos. Assim, os critérios básicos para o indivíduo avaliar a justiça podem mudar de acordo com várias situações.

No entanto, estes modelos não respondem a perguntas sobre a justiça em vários ambientes organizacionais mais orientados para o processo, ou seja a maneira pela qual as decisões são tomadas.

3.2. JUSTIÇA PROCEDIMENTAL E JUSTIÇA INTERACCIONAL

A justiça procedimental refere-se à percepção de justiça dos subordinados nos procedimentos empregues e, de acordo com Rego (2002: 287), “focaliza-se na justiça dos meios usados para alcançar os fins, por exemplo nos procedimentos usados”.

Relativamente à justiça interaccional, tal com referem Pina e Cunha *et al* (2003), o interesse no estudo da justiça organizacional resulta da autonomização dos aspectos sociais inerentes à justiça procedimental. “Ainda não existe hoje convergência de opiniões acerca da questão de se saber se as vertentes procedimental e interaccional representam aspectos diferentes (estruturais versus sociais) da justiça procedimental, ou se podem ser identificadas como dimensões autónomas.” (Idem, 2003: 215).

Estudos realizados por Lind e Tyler (1988) e Greenberg (1990), referenciados por Rego (2000), propõem que a vertente procedimental está associada às avaliações do sistema organizacional, reflectida em variáveis como a lealdade à organização, o empenhamento organizacional e a confiança na gestão.

Os procedimentos usados surgem como factor explicativo das reacções dos indivíduos a longo prazo e em situações em que têm conhecimento mais aprofundado e contacto mais duradouro com os mecanismos organizacionais como acontece nos processos de avaliação de desempenho.

McFarlin e Sweeny (1992), citados por Lau e Lim (2002), consideram que a justiça procedimental está relacionada com a percepção de justiça dos subordinados no processo usado pelos seus superiores para avaliar o seu desempenho, comunicação da avaliação de desempenho e determinação das suas recompensas como promoções e aumentos de pagamento. Isso engloba as percepções de justiça dos subordinados sobre todos os aspectos

do processo de avaliação e comunicação do desempenho dos subordinados e sistemas de recompensas.

Consideramos estar em presença de um alto ou baixo nível de justiça procedimental quando os subordinados percebem os procedimentos organizacionais como justos ou injustos.

Outras variáveis encontradas em diversos estudos referenciados por Lau e Lim (2002), e que também poderiam influenciar a justiça procedimental, incluem características de tarefa, estilos de supervisão avaliativa, nível de confiança entre os subordinados e os seus superiores (Ross, 1994), tipos e frequência de avaliação (Luckett e Eggleton, 1992) e cultura nacional (Lindquist, 1995).

Leventhal, Karuza, e Fry (1980), referenciados por Taylor (1995), propuseram seis regras que afectam os julgamentos individuais de justiça relacionados com o contexto da tomada de decisão:

- a) *Consistência*: os procedimentos aplicados deveriam ser os mesmos para todos os funcionários e ao longo do tempo.
- b) *Supressão de preconceito*: os decisores não deveriam ser influenciados pelo preconceito.
- c) *Precisão*: as decisões deveriam estar fundamentadas em informações fiáveis, opinião informada e com a mínima possibilidade de erro.
- d) *Correctabilidade*: deveriam existir oportunidades para inverter decisões incorrectas.
- e) *Representatividade*: as pessoas afectadas pela decisão deveriam ter uma oportunidade para expressar os seus pontos de vista.
- f) *Ética*: procedimentos deveriam conformar valores éticos e morais.

Os indivíduos aplicam estas regras com pesos diferentes em situações e tempos diferentes, isto é, determinada regra pode ter maior ou menor impacto num dado procedimento, dependendo das circunstâncias específicas.

As pessoas avaliam, também, o comportamento interpessoal de decisores ao fazer julgamentos de justiça processuais. Critérios interpessoais para justiça procedimental incluem a justificação, ou seja, a forma clara e adequada como os decisores fornecem as explicações para decisões e a consideração, a dignidade e o respeito com que os supervisores tratam as pessoas.

Kim e Mauborgne (1998) consideram três critérios para conduzir a julgamentos de justiça procedimental: compromisso, explicação e clareza de expectativas. O compromisso significa envolvimento dos indivíduos nas decisões que os afectam, pedindo a sua contribuição e permitindo-lhes refutar os méritos das suas ideias. As pessoas, seja elas gestores ou trabalhadores de mais baixo nível hierárquico, preocupam-se com a justiça dos procedimentos pelos quais são tomadas as decisões organizacionais. De acordo com Pina e Cunha *et al* (2003), identifica-se uma grande tendência de investigação que valoriza preferencialmente dois tipos de elementos de que os indivíduos se socorrem para fazerem julgamentos de justiça procedimental: os estruturais e os interpessoais ou sociais. A origem dos elementos estruturais, de acordo com os mesmos autores, pode ser atribuída a Thibaut, Walker e Leventhal e seus colaboradores. Thibaut e Walker enfatizam o controlo do processo, enquanto Leventhal valoriza aspectos diversos: consistência dos procedimentos, supressão de enviesamentos, exactidão e rigor da informação, mecanismos de correcção/ recurso, representatividade, etc.

Por outro lado, como referem Pina e Cunha *et al* (2003:223 e 224), “a onda de interesse suscitada pela justiça procedimental recebeu novo alento quando investigações se focalizaram na vertente social. Aspectos como o tratamento digno e respeitador das pessoas, o fornecimento de explicações para as decisões, o respeito pelos direitos dos indivíduos e a sensibilidade às suas necessidades pessoais surgiram aos olhos dos investigadores como matéria de interesse científico e organizacional, susceptível de explicar por que razões as pessoas formam determinadas percepções de justiça. Ou seja, foi-se tornando claro que as pessoas não reagem apenas aos resultados distribuídos e aos procedimentos (no sentido estrutural) – também regem à justiça das interacções. ”

Greenberg (1993b) citado por Rego (2000), construiu um modelo de classes de justiça através do cruzamento de duas dimensões: a determinante focal (estrutural *versus* social) e a categoria de justiça (procedimental *versus* distributiva). Daqui resultou um modelo tetrapartido com quatro classes: sistémica, configuracional, informacional e interpessoal (ver Quadro 1).

Incorporada na vertente estrutural da justiça procedimental, encontramos a justiça sistémica em que se inserem, por exemplo, o controlo do processo e algumas regras procedimentais.

Para Lee (2000), a justiça configuracional refere-se aos aspectos estruturais da justiça distributiva e nela se integram as regras de equidade, igualdade e necessidade. O mesmo autor alude a trabalhos de Deutsch (1975), Leventhal (1976b) e Greenberg e Cohen (1982) para explicar estes conceitos. As distribuições de recompensas podem ser estruturadas de acordo com diversos motivos:

- a) pressões para cumprir as normas sociais existentes como equidade e igualdade;
- b) pelo desejo de alcançar metas organizacionais como minimizar o conflito ou promover a produtividade.

A qualidade do tratamento interpessoal recebido é uma especialização determinante da avaliação de percepção de tratamento justo. Assim, e explicitando a determinante social, a justiça interaccional desdobra-se na justiça informacional e interpessoal. Quando falamos de justiça informacional, ou seja, da consideração que os decisores têm ao informar os indivíduos dos procedimentos usados na determinação de resultados, isso representa os aspectos sociais da justiça procedimental. Por seu lado a justiça interpessoal incorpora os aspectos sociais da justiça distributiva. Assume particular relevo a consideração ou preocupação pessoal do decisor perante o indivíduo, relativamente aos resultados obtidos, como por exemplo uma avaliação fraca ou incremento salarial inferior ao merecido (Rego, 2000).

Quadro 1: Modelo de classes de justiça

Determinante focal	Categoria de Justiça	
	Procedimental	Distributiva
Estrutural	Justiça sistémica	Justiça configuracional
Social	Justiça informacional	Justiça interpessoal

Fonte: Greenberg (1993b), citado por Rego (2000).

Rego (2002) considera que as pessoas reagem positivamente à justiça procedimental e interaccional por várias razões:

- a) acreditam que os procedimentos e interações justas aumentam a probabilidade de obterem resultados mais favoráveis ou justos no futuro;
- b) os procedimentos e interações justas demonstram a dignidade e respeito com que são tratados;

c) assinalam o grau em que são reconhecidas pelo seu valor intelectual e emocional induzindo a várias reacções.

Para outros autores, como Kim e Mauborgne, citados por Rego (2002: 85), “a justiça distributiva contribui para que os membros organizacionais executem («apenas») os seus deveres funcionais, a procedimental e interaccional gera maiores níveis de confiança e empenhamento/ comprometimento e incita as pessoas a irem mais além, contribuindo assim para níveis superiores de desempenho organizacional.”

Lind e Tyler (1988) descrevem dois modelos para explicar por que motivos acontecem os efeitos processuais. Os modelos são categorizados baseados em antecedentes de justiça: os interesses económicos pessoais do indivíduo ou os aspectos da interacção com os valores de grupo. Um destes modelos é o modelo tradicional do egoísmo usado por Thibaut e Walker (1975) e Leventhal (1980), nas suas teorias de justiça processual. O outro modelo, baseia-se no processo de identificação de grupo e na percepção de que a justiça processual é uma cognição central nas percepções do grupo e é denominado modelo de valor grupal.

Lind e Tyler (1988) explicam que o *modelo do egoísmo ou instrumental*, baseado nas ideias Thibaut e Walker (1975), as quais fazem supor que as pessoas tentam maximizar o seu ganho pessoal ao interagir com os outros e sugerem que as pessoas procuram o controle de processos, porque estão preocupados com os seus próprios resultados. É esta preocupação que leva a que as pessoas tentem o controle das situações mesmo que de forma indirecta através do controle do processo. A oportunidade para se manifestar sobre os procedimentos é considerada um incremento na percepções de justiça processual, na medida em que tal controle possa resultar em resultados mais favoráveis. O modelo faz esta suposição porque considera que as pessoas não só escolherão resultados e procedimentos nos quais os seus interesses são completamente favorecidos, mas também procedimentos que são na generalidade justos para si dentro de um grupo social, um sistema político, ou uma organização de trabalho. Assim, o modelo de egoísmo reivindica também a assunção de que os indivíduos podem fazer uma avaliação a longo prazo dos seus ganhos económicos. No caso de interacção de grupo, as pessoas ganham mais por cooperação do que ganhariam isoladamente, podendo ser tolerantes com perdas económicas a curto prazo, na medida em que perspectivem ganhos vantajosos no futuro.

Quanto ao *modelo do valor grupal*, Lind e Tyler (1988) referem que ele começa por assumir que o grupo é um aspecto importante da vida social. As pessoas são por natureza afiliativas dedicando muita da sua energia a entender o funcionamento dos vários grupos a que pertencem e a participar em processos sociais dentro deles. De acordo com este modelo, relações afectivas dentro e entre grupos e construções cognitivas perante essas relações são determinantes importantes nas atitudes e comportamentos.

Rego (2002: 93) explica que “este modelo assume que a justiça procedimental assinala às pessoas o grau em que o grupo as valoriza e as considera como seres dignos de respeito e consideração”. O modelo do valor grupal assume que as pessoas se preocupam com a relação social a longo prazo e, igualmente, com a relação com as autoridades ou instituições que agem, como terceiros, a longo prazo. Então, as pessoas focalizar-se-ão no facto de o supervisor criar ou não um ambiente neutro no qual solucionarão o seu problema, em vez de se focalizarem no facto de receberem um resultado favorável em determinada decisão. Assim, se as pessoas acreditam que os decisores tentam ser justos e lidar equitativamente com eles, desenvolvem um compromisso com o grupo a longo prazo. Por outro lado, preocupam-se com a sua posição no grupo, sendo o relacionamento interpessoal indicativo da sua posição no mesmo. Procedimentos de grupo justos são vistos como um sinal de respeito e uma indicação de que eles são avaliados como membros do grupo, permitindo-lhes perceber ganhos psicológicos, tal como estima, a curto e longo prazo.

O objectivo não é verificar qual dos modelos evidencia maior mérito, pois cada um deles descreve aspectos importantes da justiça procedimental. A principal ilação a tirar de tudo o que se disse é que as pessoas não valorizam apenas os resultados, mas também os procedimentos adoptados para suportar as decisões e o modo como os decisores as explicam agindo com dignidade, respeito e veracidade. Por outro lado, se pretendemos que o desempenho individual ultrapasse as expectativas e contribua para o desempenho organizacional é necessária implicação e cooperação e, para isso, contribuem com papel preponderante a justiça procedimental e interaccional.

Outro aspecto importante é apontado por Lind e Tyler (1988), referindo que as investigações realizadas no campo legal e político demonstram que a satisfação é, uma das principais consequências da justiça processual considerando que as pesquisas que

desvalorizaram os efeitos da justiça processual têm mais a ver com o facto de se tratar de procedimentos pouco importantes ou quando há crítica social ao procedimento.

No processo de avaliação de desempenho as pessoas têm um conhecimento mais real e detalhado dos procedimentos, o contacto é mais duradouro e próximo. Assim quisemos aprofundar, no próximo capítulo, quais os aspectos da justiça organizacional mais relevantes no processo de avaliação de desempenho.

3.3. A JUSTIÇA ORGANIZACIONAL NA AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO

A avaliação de desempenho pode ser vista como um resultado em si mesmo, ou como um factor intermédio através do qual são tomadas as decisões administrativas. Utilizar a avaliação para justificar o resultado (recompensa) pode provocar uma congruência imediata de desempenho, mas se a avaliação é inexacta, pode também ser muito prejudicial à prática e desenvolvimento do trabalhador.

Embora se preconize que as avaliações de desempenho devam ser usadas para ajudar a desenvolver as competências dos funcionários e facilitar tomadas de decisão relativas à gestão de recursos, parece evidente que a grande preocupação das organizações sobre este processo decorre essencialmente da tentativa de cumprir a legislação que exige o uso de procedimentos de avaliação justos.

Estes são aspectos fundamentais, frequentemente negligenciados sobre a justiça nas organizações, especialmente o papel dos resultados das avaliações de desempenho na percepção de justiça organizacional.

Greenberg *et al* (1986) esquematizaram as fases de um processo de avaliação e a sua relação com as questões de justiça organizacional e que esquematicamente apresentamos no Quadro 2. Nas fases 1 e 2, é recolhida a informação sobre as características do trabalho e desenvolvidos os instrumentos de avaliação enquanto que nas fases 3 a 5, se espera que os avaliadores fiquem aptos a observar e avaliar os desempenhos. Estas fases mais relacionadas com as questões de justiça procedimental exigem que os procedimentos estejam isentos da influência de preconceitos.

Quadro 2: Fases do processo de avaliação

Passos da avaliação de desempenho	Considerações legais	Questões de justiça organizacional
1. Análise do cargo/ função	*As avaliações têm que ser baseadas no trabalho actualmente desempenhado.	Justiça procedimental: os procedimentos da avaliação deverão estar isentos de influências de preconceitos.
2. Desenvolvimento dos instrumentos de avaliação	*Os instrumentos de avaliação têm que incluir critérios relacionados com o cargo/ função.	
3. Selecção de avaliadores	*Os avaliadores têm que estar familiarizados com o trabalho, os instrumentos de avaliação, e têm que ter oportunidade de observar e avaliar os desempenhos.	Justiça distributiva: decisões administrativas deverão ser ajustadas aos resultados da avaliação.
4. Treino de avaliadores		
5. Avaliação de desempenho		
6. Medir a avaliação com o avaliado (entrevista de avaliação)	*Qualificação para aumentos salariais, promoções e transferências, têm que ser divulgados antecipadamente. *As decisões pessoais têm que ser justificadas por procedimentos de avaliação válidos	
7. Definir novos objectivos de desempenho		
8. Recompensar ou punir o desempenho		

Fonte: Greenberg *et al* (1986).

As fases seguintes do processo, nas quais são comunicadas as avaliações e tomadas as decisões administrativas adequadas, relacionam-se mais com as questões da justiça distributiva.

As reacções dos funcionários perante a justiça e precisão do processo de avaliação podem afectar a sua motivação com desempenhos inferiores ou, ao contrário, ser um potencial de desenvolvimento. Igualmente as reacções dos gestores perante as avaliações são uma condição necessária para a obtenção de informação imparcial. Como tal, a justiça dos procedimentos usados nas avaliações podem contribuir para a efectividade organizacional.

A satisfação dos indivíduos, como referem Bertrand e Guillemet (1994: 146), “é determinada pelo jogo de recompensas resultante do desempenho: recompensas intrínsecas (trabalho estimulante ou agradável, responsabilidade, estima por si), ou recompensas extrínsecas (salário, elogios, estima dos outros). A percepção da equidade na distribuição das recompensas afecta também a satisfação do indivíduo, quando se compara a outros que têm papéis similares. A percepção de uma injustiça torna-se fonte de tensão que pode conduzir quer a procura para recompensas acrescidas quer a uma redução do desempenho em qualidade ou em quantidade”.

Taylor (1995), baseia-se em Folger *et al* (1992), para explicar que o sistema de avaliação justo deve incorporar três componentes — adequação de processo, audição justa, e julgamento baseado em evidência. Uma notificação adequada exige que sejam publicados, distribuídos e explicitados para a organização e para os seus agentes, os padrões de desempenho a serem utilizados. O como e o porquê destes padrões devem ser satisfeitos.

Uma audição justa é uma reunião formal na qual o funcionário participa na sua avaliação de desempenho e recebe garantias de que esta avaliação foi realizada por alguém com familiaridade suficiente com o seu desempenho.

A observação *do e no* trabalho, habitualmente, fornece a familiaridade suficiente. Uma audição justa também permite ao empregado analisar a avaliação e tecer os seus próprios comentários, fazendo uma auto-avaliação. Os funcionários deverão estar suficientemente familiarizados e conhecedores do processo e avaliação. Finalmente, o julgamento baseado na evidência requer que os gestores apliquem os padrões de desempenho de forma equitativa a todos os funcionários, sem se renderem a pressões externas ou preconceitos pessoais. Os empregados deverão ter explicações sobre o processo da avaliação de desempenho, as distribuições de recompensas e oportunidades de discussão.

Pelo que ficou exposto se depreende, igualmente, a importância da formação dos avaliadores para melhorar a objectividade e a exactidão da avaliação. Segundo Smith (1986), citado por Caetano e Vala (2002), os conteúdos dessa formação devem ser desenvolvidos, incidindo sobre os erros, as dimensões de avaliação, envolvendo os avaliadores na construção dos instrumentos de avaliação, na análise e descrição de funções e nos padrões de desempenho, fornecendo-lhe um quadro de referência relativamente ao desempenho eficaz e ineficaz dos avaliados.

Do ponto de vista dos avaliadores, o processo de avaliação tem como objectivos essenciais, melhorar os níveis de desempenho, manter ou melhorar as relações interpessoais e aumentar a sua reputação. Para que consigam fazer a avaliação de forma exacta, os avaliadores terão que ter uma atitude interessada de modo a reforçar os seus valores e crenças sobre o mesmo.

Assim, verificamos importante papel que tem o avaliador na medida em que tem capacidade de exercer influência e de mudar o comportamento ou as atitudes de outros indivíduos. Os superiores que tratam os subordinados com respeito, de forma justa, possuindo e utilizando conhecimentos e a experiência necessárias para conduzir os funcionários no sentido da concretização dos objectivos definidos adquirem poder pessoal. Esse poder decorre não só da autoridade formal, baseada na posição que a pessoa ocupa, mas também do poder de recompensar, de punir, do acesso a informação e, provavelmente não menos importante, do reconhecimento de que o responsável tem conhecimentos e aptidões que eles não possuem, sendo-lhe por isso atribuído um poder de referência ou carismático.

PARTE II – ESTUDO EMPÍRICO DO NÍVEL DE SATISFAÇÃO DOS ENFERMEIROS COM O PROCESSO DE AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO E PERCEPÇÃO DE JUSTIÇA ORGANIZACIONAL

A fundamentação teórica permitiu-nos alargar conhecimentos sobre o tema e conhecer novas significações dos fenómenos estudados. Foi, assim, essencial para encontrar a melhor forma de conceptualizar e operacionalizar os conceitos, abordar e progredir na análise da problemática da avaliação de desempenho dos enfermeiros e percepção de justiça organizacional.

Fortin (1999: 41) refere que “o investigador determina os métodos que utilizará para obter as respostas às questões de investigação”, sendo as diversas decisões metodológicas “importantes para assegurar a fiabilidade e a qualidade dos resultados da investigação”.

O capítulo da metodologia inclui: a conceptualização, formulação das hipóteses e variáveis do estudo, a amostra do estudo, instrumentos de recolha de informação (selecção e validação) e, por fim, os procedimentos de recolha, tratamento e análise dos dados.

No segundo capítulo apresentamos e analisamos os resultados obtidos em três sub-capítulos: caracterização sociodemográfica e profissional dos actores em estudo, nível de satisfação com o processo de avaliação de desempenho e testes e análise de hipóteses.

No terceiro capítulo apresentaremos algumas conclusões e sugestões.

1. METODOLOGIA DO ESTUDO

O termo metodologia refere-se à descrição e análise dos procedimentos e técnicas específicas para a recolha e análise de dados, às suas potencialidades e limites, bem como aos pressupostos subjacentes à sua aplicação. O método é o caminho para se chegar a um determinado fim (Gil, 1995: 27).

Fortin (1999: 16) considera que a investigação “é um método particular de aquisição de conhecimentos, uma forma ordenada e sistemática de encontrar respostas para questões” e, como tal, um conjunto de fases progressivas que conduzem a um fim. A esse conjunto de passos chamamos método ou metodologia.

Neste contexto, a metodologia será a organização crítica das práticas de uma investigação que se desenrola desde a conceptualização e que vai permitir chegar a conclusões fiáveis e consonantes com os propósitos iniciais.

1.1. CONCEPTUALIZAÇÃO, HIPÓTESES E VARIÁVEIS DO ESTUDO

Para efeitos da nossa investigação, interrogámo-nos sobre a importância que os enfermeiros atribuem ao sistema de avaliação de desempenho, em que medida o percebem como justo, como são valorizados os resultados do processo de avaliação, como se relaciona a percepção de justiça organizacional com a satisfação dos enfermeiros com o seu sistema de avaliação e, principalmente, qual o nível de satisfação dos enfermeiros com o sistema de avaliação pelo qual é avaliado o seu desempenho.

Considerando o contexto específico da instituição onde decorreu o estudo e onde está implementado o sistema de avaliação de desempenho dos enfermeiros, legalmente regulamentado através do Despacho nº 2/93, definimos os seguintes objectivos:

- Descrever as características sócio-profissionais da população estudada;
- Conhecer as características do processo de avaliação de desempenho dos enfermeiros existente no hospital onde decorreu o estudo;
- Analisar as possíveis relações entre a satisfação com o processo de avaliação de desempenho e a percepção de justiça organizacional.

O modelo desenhado para este estudo propõe a utilização de dois conceitos fundamentais: a satisfação com o processo de avaliação de desempenho dos enfermeiros e a percepção de justiça organizacional.

A avaliação de desempenho dos enfermeiros é encarada como uma forma sistemática e formal de apreciação do trabalho desenvolvido pelos enfermeiros.

A satisfação do funcionário com a avaliação de desempenho é, segundo Mount (1983), referenciado por Tziner *et al* (1992), um factor geral, que é afectado pelo sistema de avaliação, pela qualidade do *feedback* na avaliação de desempenho, potencial do processo de avaliação para ajudar a análise do desempenho e facilitar a formulação de planos de desenvolvimento pessoais.

A *satisfação* é, aqui, estudada no âmbito das atitudes no trabalho, que neste contexto foram definidas por Almeida (1995) como “sistemas de organização de experiências, vivências e conhecimentos relacionados com determinado objecto alvo.” As opiniões deste autor e de Alcobia (2001), ajudaram-nos a operacionalizar o conceito de satisfação, pois entendem que enquanto atitude, a satisfação tem três componentes: afectiva, cognitiva e comportamental.

Contrariamente à maior parte dos comportamentos, as atitudes não podem ser observadas e medidas directamente, só podem ser inferidas.

Almeida (1995) considera que as pessoas escolhem condutas que julgam contribuir para a satisfação das necessidades que experimentam, levando a adoptar comportamentos mais adequados e, referenciando Vroom (1964), explica que o empenhamento que neles se deposita depende:

- a) da percepção que se tem de os conseguir executar;
- b) da certeza que se tem de que esses comportamentos permitirão alcançar um objectivo que, por sua vez, pode satisfazer uma necessidade;
- c) do grau de satisfação que se antecipa com a concretização do objectivo.

A componente afectiva refere-se à capacidade individual para experimentar sentimentos ou emoções positivas ou negativas e traduz-se por afirmações verbais de afecto.

Por seu lado as componentes cognitivas e comportamentais relacionam-se com a informação de que se dispõe sobre o processo, os objectivos e resultados esperados e pela intenção comportamental ou tendência para agir de determinada forma num processo que exige grande envolvimento e empenhamento dos intervenientes. Trata-se, neste caso de uma atitude multidimensional manifestada não em relação a algo de abstracto e global mas a algo de concreto e particular.

O segundo conceito por nós valorizado no contexto desta investigação foi o da percepção de justiça organizacional, conceptualizada como a percepção de justiça no tratamento recebido da organização. Este pressuposto, fundamentado em autores como Cawley, Keeping e Levy (1998) que reforçam a ideia de que a justiça é uma componente importante no processo de avaliação na medida em que pode ser antecedente mas igualmente consequente da reacção dos intervenientes. Rego (2002), reforça esta ideia, afirmando que os funcionários acreditam que os procedimentos e interacções justas aumentam a probabilidade de obterem resultados mais favoráveis ou justos no futuro. Os procedimentos e interacções justas demonstram a dignidade e respeito com que são tratados e, ainda, assinalam o grau em que são reconhecidos pelo seu valor intelectual e emocional. Induzem, dessa forma, várias reacções que podem contribuir para a eficácia dos grupos e das organizações.

Assim, as reacções dos funcionários perante a justiça e precisão do processo de avaliação podem afectar a sua motivação com desempenhos inferiores ou ao contrário ser um potencial de desenvolvimento e, como tal, podem contribuir para o desempenho organizacional.

Para operacionalizar este conceito, baseámo-nos em Pina e Cunha *et al* (2003) que afirmam ser pertinente distinguir e considerar três dimensões fundamentais na sua definição:

- a) a justiça distributiva: focalizada no conteúdo, na justiça dos fins alcançados ou obtidos;
- b) a justiça procedimental: centrada no processo que determina a decisão, na justiça dos meios usados para alcançar os fins/resultados;
- c) a justiça interaccional que reflecte a qualidade da interacção, ou seja a forma como o decisor a transmite, explica e justifica aos colaboradores.

O presente estudo pretende ser um contributo para a compreensão das reacções dos intervenientes no processo de avaliação dos enfermeiros, das relações entre os construtos implicados tendo em conta a operacionalização realizada.

Um trabalho de investigação inicia-se habitualmente para dar resposta a um conjunto de dúvidas ou interrogações, que no nosso caso concreto foram formuladas sobre a forma de hipóteses. A formulação de hipóteses é um passo fundamental e incontornável em qualquer estudo de investigação de forma a atingir resultados úteis e satisfatórios.

Para Fortin (1999: 109), uma “ hipótese é um enunciado formal (escrito no presente) das relações previstas entre duas ou várias variáveis”. Uma hipótese é, portanto, uma proposição provisória, uma proposição que deve ser confirmada ou infirmada.

De um modo geral, o objectivo das hipóteses é orientar a investigação. O seu objectivo crítico “é dirigir o desenho da investigação no que respeita à recolha, análise e interpretação de dados (...) As hipóteses inter-relacionam as variáveis com interesse estabelecendo relações formais; são estas relações que são submetidas a provas empíricas” (Polit e Hungler, 1994: 141).

De acordo com o problema em estudo, enunciámos as seguintes hipóteses:

- H₁ – O nível de satisfação dos enfermeiros com a avaliação de desempenho é tanto maior quanto mais elevada for a categoria profissional do avaliado.
- H₂ – O nível de satisfação dos enfermeiros com a avaliação de desempenho correlaciona-se positivamente com a sua idade.
- H₃ – Os enfermeiros do sexo feminino estão mais satisfeitos com a avaliação de desempenho que os enfermeiros do sexo masculino.
- H₄ – O nível de satisfação dos enfermeiros com a avaliação de desempenho correlaciona-se positivamente com o tempo de serviço profissional.
- H₅ – Os enfermeiros que têm horário fixo (apenas de manhã) apresentam um maior nível de satisfação com a avaliação de desempenho do que os enfermeiros que trabalham em horário de tipo “roulement” (manhãs e tardes e manhãs, tardes e noites).
- H₆ – A realização completa do processo de avaliação de desempenho está correlacionada positivamente com o nível de satisfação dos enfermeiros com a avaliação de desempenho.

H₇ – O nível de satisfação dos enfermeiros com a avaliação de desempenho correlaciona-se positivamente com a percepção de justiça organizacional.

Na tentativa de encontrar respostas para estas questões, partimos para um estudo não experimental, transversal, correlacional de tipo quantitativo.

Fortin (1999: 22) considera que “o método de investigação quantitativa é um processo sistemático de colheita de dados observáveis e quantificáveis ... tendo como características inerentes a objectividade, a predição, o controlo e a generalização”.

Um estudo de investigação para ter credibilidade deve identificar as variáveis que são relevantes para a obtenção de informação essencial e útil, de forma sistematizada e objectiva. Segundo Pinto (1990), as variáveis apresentam duas características fundamentais:

- a) São aspectos observáveis de um fenómeno, mensuráveis que podem apresentar diferentes valores;
- b) Devem apresentar variações ou diferenças em relação ao mesmo ou a outros fenómenos.

As variáveis divergem substancialmente entre si quanto à forma e à facilidade com que podem ser operacionalizadas. Entende-se por operacionalização o modo como a variável é observada e mensurada e a sua natureza. Podem ser classificadas de diferentes maneiras e, segundo Fortin (1999: 37), “os tipos de variáveis mais correntemente apresentadas nas obras metodológicas são: 1) variáveis independentes e dependentes; 2) variáveis atributo; 3) variáveis estranhas”. A mesma autora (1999: 37) considera que a variável dependente é a que sofre o efeito esperado da variável independente, sendo “o comportamento, a resposta ou o resultado observado que é devido à presença da variável independente”, enquanto que as variáveis atributo são as características dos sujeitos num estudo, servindo para traçar um perfil das características dos sujeitos da amostra.

Considerando estes conceitos, para este estudo foram seleccionadas as seguintes variáveis:

- a) Dependente: o nível de satisfação dos enfermeiros com a avaliação de desempenho.
- b) Independentes: categoria profissional, idade, tempo de exercício profissional, tipo de horário praticado, o nível de importância atribuído aos resultados do processo de

avaliação, nível de realização do processo de avaliação e a percepção de justiça organizacional dos enfermeiros.

c) Atributo: sexo, estado civil, formação profissional.

1.2. AMOSTRA DO ESTUDO

O estudo foi realizado num Hospital da Região Centro, incluído no Sector Público Administrativo. A instituição, que foi mandada construir em 1909, conta no seu historial com várias obras de beneficiação, tendo sido concluída em 1998 a última fase de beneficiação; dispõe actualmente, dos seguintes serviços: consultas externas (cirurgia, ortopedia, cardiologia, medicina, diabetologia, fisioterapia, hipertensão arterial, hepatologia, nutrição, oftalmologia, pediatria, reumatologia, traumatologia); internamentos (cardiologia, medicina, fisioterapia, pediatria, oftalmologia, ortopedia); laboratório; farmácia; hospital de dia (cirurgia de ambulatório, oncologia, pediatria, fisioterapia, tratamento de dor crónica e reumatologia); medicina física e reabilitação; serviço de imagiologia (ecografia, mamografia, radiologia convencional, tomografia axial computadorizada); serviço social/gabinete do utente; serviço de urgência e serviços administrativos.

O hospital, chamemos-lhe H_x é uma instituição pública com autonomia financeira e administrativa, que tem definido uma política institucional que fornece orientações gerais, relativas aos valores, missão e objectivos que norteiam a vida da instituição e de todos os seus actores.

Os profissionais são responsáveis por proporcionar ao indivíduo cuidados de elevada qualidade, sendo capazes de os demonstrar através da definição e monitorização de padrões aceitáveis. Esta exigência requer a definição clara de padrões comuns quando existirem diversos profissionais envolvidos nos cuidados.

No momento da realização deste estudo, existiam na Instituição 91 enfermeiros, distribuídos da seguinte forma, segundo as categorias profissionais: 75 enfermeiros de nível 1 (enfermeiros e enfermeiros graduados), 8 enfermeiros especialistas, 6 enfermeiros chefes, uma enfermeira supervisora e um enfermeiro director.

Para Polit e Hungler (1995: 144), uma amostra consiste em “um subconjunto de entidades que compõem a população”. É um subconjunto característico de uma população ou de um domínio de actividades.

Optámos por uma amostra não probabilística por conveniência porque permite ao investigador “decidir seleccionar, intencionalmente, a mais ampla variedade possível de respondentes, ou, ainda, pode seleccionar os sujeitos tidos como características da população em questão, ou particularmente conhecedores das questões em que estão sendo estudadas” (id, 1995: 148).

A população em estudo incluiu os enfermeiros que exerciam funções nos diversos serviços do H_x e que cumpriam cumulativamente os seguintes critérios:

- a) exerciam funções no H_x e já tinham sido avaliados pelo menos uma vez;
- b) não detinham a categoria de enfermeiro supervisor;
- c) não exerciam funções de enfermeiro director.

1.3. INSTRUMENTOS DE RECOLHA DE INFORMAÇÃO

Para recolher a informação pretendida e transformar conceitos em fenómenos mensuráveis e passíveis de registo, é necessário efectivar a construção de um instrumento de colheita de dados, que torne exequível esta pretensão. Tal tarefa encontra-se entre os maiores desafios do processo de pesquisa. Trata-se de escolher entre uma variedade de alternativas, aquela que melhor se adequa aos objectivos pretendidos, às características do estudo e, principalmente, às características da amostra.

“A elaboração de um instrumento de colheita de dados consiste basicamente em traduzir os objectivos específicos de pesquisa em itens bem rígidos atendendo a regras básicas para o seu desenvolvimento, além de ser o utensílio que o investigador utiliza para recolher informação válida e pertinente à realização do trabalho de pesquisa” (Gil, 1995: 105).

A opção foi utilizar um questionário uma vez que se trata de uma amostra homogénea, permite o anonimato e economia de tempo. Este instrumento, de acordo com Quivy e Campenhoudt (1996: 190), “consiste em colocar a um conjunto de inquiridos, geralmente representativos de uma população, uma série de perguntas relativas à sua situação social, profissional ou familiar, às suas opiniões, à sua atitude em relação a opções ou a questões humanas e sociais, às suas expectativas, ao seu nível de conhecimentos ou de consciência de um acontecimento ou de um problema, ou ainda sobre qualquer outro ponto que interesse aos investigadores.”

Com base nestes pressupostos foi elaborado um conjunto de instrumentos constituído por três partes distintas, capazes de produzir todas as informações adequadas e necessárias para o estudo. (Anexo 1)

Assim, o conjunto de instrumentos será constituído por três partes:

1. Caracterização sócio-demográfica e profissional da amostra.
2. Questionário de avaliação da satisfação com a avaliação de desempenho dos enfermeiros e avaliação do grau de realização do processo de avaliação de desempenho.
3. Questionário de avaliação da percepção de justiça organizacional, elaborado pelo Professor Doutor Arménio Rego (Rego, 2000).

1.3.1 Caracterização Sócio-demográfica e Profissional dos Enfermeiros

O questionário aplicado à amostra deste estudo contém algumas questões relacionadas com dados pessoais e profissionais de forma a caracterizá-la melhor. Os itens utilizados são os seguintes: sexo, idade, estado civil, formação profissional, categoria profissional, tempo de exercício profissional, tipo de horário praticado. A importância de fazer a caracterização sociodemográfica da amostra teve em conta o facto de se considerar que as variáveis individuais têm alguma relação com o incremento ou diminuição da satisfação no local de trabalho, embora essa relação possa ser indirecta e alicerçada noutras variáveis.

A avaliação dos dados sócio-demográficos e profissionais foi efectuada através da colocação de nove questões de resposta aberta, fechada e mista, operacionalizadas da seguinte forma:

- a) Sexo: pergunta fechada, dicotómica com duas hipóteses de resposta: masculino e feminino.
- b) Idade: pergunta aberta, definida em anos.
- c) Estado civil: relativamente ao estado civil, os inquiridos foram classificados considerando, não apenas a sua situação legal, mas, também, a sua rotina habitual. Em conformidade foram considerados 4 grupos de indivíduos – solteiro(a), casado(a)/ vive maritalmente, divorciado(a)/separado(a) e viúvo(a).

d) Formação profissional: pergunta fechada com três opções de resposta: curso superior de enfermagem ou equivalente legal, especialização em enfermagem e mestrado.

e) Categoria Profissional: nível hierárquico dentro da profissão de enfermagem. De acordo com o art.º 4º do Decreto-Lei n.º 437/91, de 8 de Novembro, elaborámos uma pergunta fechada, múltipla, com quatro opções de resposta: Enfermeiro Chefe, Enfermeiro Especialista, Enfermeiro Graduado e Enfermeiro.

f) Tempo de exercício profissional: pergunta aberta que pretende medir o tempo decorrido desde o início da actividade profissional até ao momento e operacionalizada em anos.

g) Tipo de horário praticado: pergunta com três opções de resposta: manhãs, manhãs e tardes e a terceira opção o chamado “roulement” com manhãs, tardes e noites.

1.3.2. Questionário de avaliação da satisfação com a avaliação de desempenho e avaliação do nível de realização do processo de avaliação de desempenho.

Um dos problemas que se colocam à investigação psicossocial é de ordem metodológica e tem justamente a ver com a dificuldade de construção de instrumentos válidos e fiáveis para medir as atitudes.

Almeida e Freire (1997:114) consideram que qualquer instrumento de avaliação se pode definir como “um conjunto de itens, questões ou situações mais ou menos organizado e cobrindo um certo domínio a avaliar”. Uma escala de atitudes é um instrumento de avaliação que mede até que ponto um indivíduo tem sentimentos favoráveis ou desfavoráveis para com uma pessoa ou situação. Em toda a atitude podemos considerar a sua direcção, isto é, o aspecto qualitativo da atitude e a sua intensidade quando aplicamos um critério quantitativo.

Para atingir os objectivos do nosso estudo, houve a necessidade de construção de uma escala que nos permitisse obter informações sobre a satisfação dos enfermeiros com o seu processo de avaliação de desempenho. A opção teve igualmente em consideração que estudos consultados, tais como Russell e Goode (1988), Taylor *et al* (1998), Tziner *et al* (1992), apresentarem objectivos diferentes em que a avaliação de desempenho era uma variável estudada com um número de itens que considerámos insuficientes.

Assim foi nossa intenção construir uma escala de avaliação do nível de satisfação com a avaliação de desempenho dos enfermeiros de uma unidade hospitalar, centrando-se na opinião dos enfermeiros sobre os procedimentos e a interacção dos intervenientes.

Os procedimentos utilizados para a construção da escala englobam três aspectos: procedimentos teóricos, experimentais e estatísticos:

- *Os procedimentos teóricos* incluíram a reflexão sobre o objecto da pesquisa e os aspectos referenciados no Despacho nº 2/93 de 30 de Março, que regulamenta o processo de avaliação de desempenho dos enfermeiros, nomeadamente os seus objectivos. No sentido de dar consistência e aprofundar as nossas convicções relativamente à opção metodológica de construção de uma escala para avaliar a satisfação com a avaliação de desempenho e o nível de finalização do processo de avaliação de desempenho, decidimos consultar alguns enfermeiros. Para o efeito elaborámos um conjunto de cinco questões abertas, que foram entregues a seis enfermeiros, seleccionados de forma aleatória, pertencentes a diversas instituições, que não aquela onde aplicámos o questionário. Os inquiridos estavam familiarizados com o processo de avaliação de desempenho, sendo nosso objectivo primordial, garantir que não haveria omissão de nenhum item importante para a avaliação da satisfação com o processo de avaliação.

As perguntas colocadas aos enfermeiros foram:

1. Concorda com o processo de avaliação de desempenho dos enfermeiros? Justifique.
2. Na sua opinião quais são os objectivos mais importantes do processo de avaliação?
3. O processo de avaliação avalia correctamente o desempenho dos enfermeiros? Justifique.
4. O seu avaliador realiza o processo de avaliação como preconizado? Justifique.
5. O que seria necessário para que ficasse satisfeito com o processo de avaliação?

Esta opção metodológica ajudou-nos a especificar e precisar os dados e informações que nos interessavam. As respostas dos enfermeiros conhecedores do processo de avaliação foram objecto de análise de conteúdo, permitindo-nos triangular e complementar a informação anteriormente detida, com base nos autores consultados e que constam da fundamentação teórica, aperfeiçoando e precisando os itens a incluir no instrumento de colheita de dados (questionário preliminar – Quadro 3), que seria sujeito a procedimentos de validação.

A recolha do conjunto de itens pressupõe a definição do âmbito e objectivos do instrumento a construir, o constructo (características a avaliar), a população a que se destina e aspectos comportamentais a integrar que explicam o constructo. Esses parâmetros pressupõem o contacto com a literatura na área (Almeida e Freire, 1997).

Foi nossa opção metodológica construir um questionário bidimensional com respostas do tipo Likert, constituído por duas dimensões referidas por Almeida (1995):

- dimensão 1: cognitiva referente aos procedimentos e dependente da informação disponível em relação ao objecto em estudo: definição de normas e critérios, análise do cargo, precisão na avaliação e os resultados;

- dimensão 2: comportamental referente à interacção dos intervenientes e dependentes dos seus conhecimentos sobre o processo, das suas capacidades e da motivação para o realizarem. (Quadro 4)

Para cada uma destas dimensões, com base na fundamentação teórica realizada, considerámos diversos itens que nos pareceram pertinentes e adequados ao enquadramento conceptual realizado.

Para a dimensão cognitiva, definimos duas componentes:

- a componente referente aos critérios de justiça do processo de avaliação referidos por Taylor *et al* (1995): adequada notificação do processo onde está implícita a correcta explicitação e divulgação dos critérios de avaliação e o julgamento baseado na evidência que requer que os gestores avaliem os critérios de forma consistente a todos os funcionários. Nesta componente incluímos itens referentes às normas e critérios definidos, à avaliação pelos colegas, clareza e precisão do processo, avaliação das competências, critérios de quantificação da avaliação e percepção de justiça.

- a componente referente à percepção sobre a importância do processo elaborada com base na teoria da expectativa de Vroom (1964) explicada, no contexto da avaliação de desempenho, por Anderson (2002), justificando que os indivíduos anseiam mais uns resultados do que outros, seleccionando as suas acções com base no nível de importância atribuído à avaliação de desempenho. Os itens desta componente pretenderam avaliar a importância dos resultados e incluíram aspectos como a participação na solução de problemas, a melhoria do desempenho individual e de equipa, a identificação das necessidades de formação e desenvolvimento pessoal, promoção na carreira cooperação.

Relativamente à dimensão comportamental propusemos uma componente – a audição justa, tendo em atenção Taylor (1995), que considera a possibilidade dada ao funcionário de participar na sua avaliação de desempenho e receber garantias de que esta avaliação foi realizada por alguém com familiaridade suficiente com o seu desempenho. Assim foram incluídos itens que se referiam ao relacionamento com o avaliador, às opiniões dos avaliados, à capacitação do avaliador, ao esforço empregue para cumprir o legislado, à cooperação e entendimento entre avaliadores e avaliados, à informação e motivação dos avaliados.

Destes procedimentos resultou a elaboração de um pré-questionário de avaliação da satisfação com o processo de avaliação de desempenho, constituído por 20 itens (Anexo 2). A clareza e compreensibilidade do mesmo foram avaliadas utilizando o método de reflexão falada. Almeida e Freire (1997: 120) consideram que “este método consiste na aplicação individual da prova e no registo de todas as verbalizações dos sujeitos.” Assim pedimos a seis enfermeiros, de ambos os sexos, que trabalham numa unidade de saúde da mesma zona do hospital que estamos a estudar, que analisassem o questionário para percebermos como foi percebido no que diz respeito aos seguintes aspectos: formato e aparência gráfica, compreensão das instruções, compreensão dos diferentes itens, duração do preenchimento do instrumento e receptividade e adesão aos conteúdos (Anexo 3). Em geral os enfermeiros consideraram que o questionário era explícito e acessível de responder; a duração média de preenchimento foi de dois minutos. Consideraram que as dificuldades de preenchimento resultaram do facto de na sua unidade não se cumprir o processo de avaliação como o preconizado na legislação.

Quadro 3: Questionário preliminar de avaliação de satisfação com o processo de avaliação de desempenho

Dimensões	Componentes	Itens
Cognitiva	Percepção sobre a importância do processo	2. O processo de avaliação foi extremamente importante na medida em que possibilitou a minha participação na solução dos problemas da organização que afectam o meu desempenho.
		10. O processo de avaliação foi extremamente importante para a melhoria do meu desempenho individual e da equipa.

		13. O processo de avaliação foi extremamente importante na medida em que me permitiu identificar necessidades de formação e desenvolvimento pessoal, inseridos no contexto organizacional.
		16. O processo de avaliação foi extremamente importante na medida em que é um requisito básico para a promoção e progressão na carreira.
	Critérios de justiça: adequada notificação do processo e julgamento baseado na evidência	1. A minha avaliação teve em conta as normas e critérios definidos para o desempenho.
		3. O último processo de avaliação avaliou de facto as minhas competências profissionais.
		5. O actual processo de avaliação dos enfermeiros poderia ser melhorado se incluísse a avaliação pelos colegas.
		8. Sinto que o processo de avaliação conduziu a uma avaliação injusta.
		9. Penso que a avaliação de desempenho me ajudou a compreender e a organizar melhor o meu trabalho.
		11. O último processo de avaliação foi claro quanto ao o meu nível de desempenho.
		14. Ficaria satisfeito com o processo de avaliação se para quantificar a avaliação existisse uma escala, de forma a discriminar o desempenho dos vários enfermeiros.
		17. O processo permite a avaliação do desempenho de forma precisa.
Comportamental	Audição justa	4. O último processo de avaliação afectou negativamente o relacionamento com o meu supervisor.
		6. O meu avaliador levou em consideração as minhas opiniões.
		12. O meu avaliador estava suficientemente capacitado para cumprir o processo de avaliação.
		15. Os resultados da avaliação seriam diferentes se me tivesse esforçado ao longo do triénio para

		cumprir o que está preconizado na legislação.
		18. O processo de avaliação foi extremamente importante para estimular/ criar espírito de cooperação e entendimento mútuo entre avaliadores e avaliados.
		19. Considero-me bem informado sobre o processo de avaliação (objectivos, normas e critérios, etapas).
		20. Considero que estava bastante motivado para a realização da avaliação de desempenho.

Quadro 4: Dimensões do questionário de avaliação de satisfação com o processo de avaliação de desempenho

Dimensão	Itens
1. Cognitiva	1, 2, 3, 5, 8, 9, 10, 11, 13, 14, 16, 17
2. Comportamental	4, 6, 12, 15, 18, 19, 20

- *Procedimentos experimentais*: Realizámos a aplicação-piloto do pré-questionário a enfermeiros de três hospitais da região centro, após termos obtido autorização para a sua aplicação aos respectivos conselhos de administração (Anexo 4). A opção por estas instituições teve em consideração a proximidade geográfica e o facto de terem as mesmas características da população que pretendíamos estudar (enfermeiros igualmente conhecedores das questões a investigar). Foram definidos os mesmos critérios de inclusão: enfermeiros que já tinham sido avaliados pelo menos uma vez, não detinham a categoria de enfermeiro supervisor e não exerciam funções de enfermeiro director. Responderam ao questionário um total de 101 enfermeiros.

- *Procedimentos estatísticos*: A primeira questão que surge após a construção de um instrumento de colheita de dados é o de saber a sua utilidade científica pelo que a validação da escala de avaliação da satisfação com o processo de avaliação é fundamental. O objectivo consistia na elaboração de um instrumento válido e fiável que permitisse diagnosticar o nível de satisfação dos enfermeiros com o processo de avaliação de desempenho.

Para se proceder à validação do *Questionário de Avaliação da Satisfação com o Processo de Avaliação de Desempenho* procedemos à exploração das propriedades psicométricas. A avaliação das características psicométricas, para avaliação da fidelidade e validade do instrumento, foi realizada utilizando o programa SPSS versão 11.5 para Windows.

Os dados recolhidos foram submetidos a vários critérios psicométricos com a finalidade de seleccionar os itens para a forma final do questionário.

Fidelidade do instrumento

Almeida e Freire (1997:145) consideram que a fidelidade “diz-nos algo sobre o grau de confiança ou exactidão que podemos ter na informação obtida”. Este conceito apresenta dois significados: avalia o mesmo quando aplicado em dois momentos diferentes aos mesmos sujeitos (estabilidade), e avaliação da homogeneidade da escala (os itens que o compõem apresentam-se como um todo homogéneo - consistência interna). O método de cálculo da fidelidade assentou no método de consistência interna através do coeficiente de correlação de Pearson e do coeficiente de alpha de Cronbach. Almeida e Freire (1997:149) citam Meuris (1968), para definir a consistência interna como “o grau de uniformidade e de coerência existente entre as respostas dos sujeitos a cada um dos itens que compõe a prova” e foi testada com recurso ao coeficiente de alpha de Cronbach.

O estudo da fidelidade realizou-se tendo por base uma análise assente na consistência e de acordo com os seguintes critérios:

a) Determinação do coeficiente de correlação entre as diversas questões e a nota global. Este indica-nos se cada parte se subordina ao todo, isto é, se cada item se define como um bom operante do constructo, ou seja, da característica ou dimensão a avaliar (Streiner e Norman, 1995). As correlações obtidas devem ser positivas, bastante elevadas e altamente significativas ($p < 0,001$). De acordo com os critérios definidos por diversos autores (Nunnally e Bernstein, 1994; Streiner e Norman, 1995), estas correlações devem ser superiores a 0,20, devendo ser eliminados os itens com valores inferiores, permitindo os valores encontrados referir a homogeneidade em 100% dos itens.

b) Determinação do coeficiente Alfa de Cronbach, porque é usado quando os itens são respondidos de forma não dicotómica. A determinação do coeficiente Alfa de Cronbach de todos os itens é uma medida da consistência global sendo avaliada tanto a globalidade dos itens como o conjunto da escala após irem sendo excluídos, um a um, os

vários itens. Quando cada um dos itens é excluído se o alfa de Cronbach desce significa que esse item melhora a homogeneidade da escala quando está presente. Streininger e Norman (1995) referem que este coeficiente está dependente não apenas da magnitude das correlações entre os itens mas também do número de itens da escala. É consensual a opinião dos autores de que os testes devem ter preferencialmente valores altos de coeficiente de alfa, no entanto sabe-se que este valor depende das características das pessoas que respondem ao teste, das características do teste, do seu uso e do método utilizado para calcular a fidelidade. Kline (1995) considera que estes valores deverão ser altos, idealmente superiores a 0,90 e nunca inferiores a 0,70. Streininger e Norman (1995), citam Nunnally, para considerarem que este valor deve ser superior a 0,70 mas não superior a 0,90 pois neste caso poderiam significar redundância, com itens a perguntar a mesma coisa de diferentes formas. Murphy e Davidshofer (2001) consideram que valores inferiores a 0,60 habitualmente indicam níveis inaceitáveis de fidelidade.

Seguindo estes critérios os resultados obtidos, após terem sido eliminados os itens 5, 14 e 15 (Dimensão 1) e 16 (Dimensão 2), que durante os procedimentos não cumpriam as condições ($r < 0,20$ e valor de alfa, sem o item, superior ao valor de alfa global) foram seleccionados 15 itens.

O Quadro 5 mostra que as correlações obtidas são todas positivas, bastante elevadas e altamente significativas ($p < 0,001$). Conforme podemos verificar, os valores mais baixos encontrados foram de 0,25 na questão 19 e 0,28 na questão 4, apresentando a maioria valores bastante superiores.

Em 77,7% dos itens da dimensão 1 referente aos procedimentos, o valor do coeficiente Alfa de Cronbach desce, quando fizemos a exclusão dos itens, o que significa que globalmente melhoram a homogeneidade da escala. As excepções são os itens 1 e 8, que quando excluídos determinam o aumento do coeficiente de alfa. Apesar destes resultados, optámos por não os excluir por termos verificado que a sua manutenção não implica uma diminuição substancial da consistência interna global e porque se fossem excluídos prejudicavam a homogeneidade da escala.

Na dimensão 2 (interacção dos intervenientes) em todos os itens o valor de alfa desce quando excluído o que significa que contribuem para melhorar a consistência global da escala.

Quadro 5: Estatísticas de homogeneidade dos itens e coeficientes de consistência interna Alfa de Cronbach do questionário de avaliação da satisfação dos enfermeiros com o processo de avaliação de desempenho

Dimensão 1. Itens relacionados com a dimensão cognitiva da avaliação				
ITEM	Média	Desvio Padrão	Coeficiente de Correlação (total sem o item)	α Cronbach sem o item
1. Normas	4,61	0,93	0,37	0,874
2. Participação	3,73	1,37	0,69	0,848
3. Competência	4,02	1,28	0,74	0,843
8. Injustiça	4,59	1,40	0,44	0,873
9. Organização	4,08	1,20	0,69	0,849
10. Equipa	3,64	1,26	0,62	0,854
11. Clareza	4,11	1,25	0,71	0,847
13. Formação	4,12	1,11	0,68	0,851
17. Precisão	2,64	1,38	0,50	0,867
Dimensão 2- Itens relacionados com a dimensão comportamental da avaliação				
ITEM	Média	Desvio Padrão	Coeficiente de Correlação (total sem o item)	α Cronbach sem o item
4. Relacionamento	5,50	0,90	0,28	0,636
6. Opinião	4,73	0,87	0,46	0,588
12. Capacidade	4,59	1,21	0,39	0,599
18. Cooperação	3,67	1,36	0,46	0,569
19. Informação	4,33	1,09	0,25	0,646
20. Motivação	3,64	1,37	0,44	0,580

Como referimos anteriormente, para existir uma boa consistência interna o Alfa de Cronbach deve exceder 0,70, considerando-se aceitável valores superiores a 0,60 dado o número de itens. Ao analisarmos o Quadro 6, poderemos verificar que na dimensão 1 referente ao processo de avaliação obtivemos um valor de 0,87 e na dimensão 2 esse valor é de 0,64.

Quadro 6: Consistência interna da escala (valores globais de cada dimensão)

Coeficiente Alfa de Cronbach (n=101)	
DIMENSÃO 1 – Cognitiva (itens relacionados com os procedimentos)	0,870
DIMENSÃO 2 – Comportamental (itens relacionados com a interacção dos intervenientes)	0,648

Validade do instrumento

O facto de um teste ter fidelidade não significa que seja válido. Kline (1995) refere que a fidelidade é condição necessária mas não suficiente para uma boa validade.

Almeida e Freire (1997) consideram que podem ser atribuídos dois significados ao termo. Por um lado, significa em que medida os resultados no teste estão a medir aquilo que pretendem medir (ênfase colocada no poder preditivo) e, por outro, o conhecimento que possuímos daquilo que efectivamente está a avaliar (ênfase na significação psicológica dos resultados do teste). Realçam a ideia de que o estudo da validade diz respeito aos resultados obtidos e não ao instrumento em si ou seja valida-se não um teste mas sim a utilização que lhe é dada. A validade é uma questão de grau, não se questionando se existe ou não, mas sim saber até que ponto um teste é válido para determinado fim. Existem três tipos de validade: validade de conteúdo, de critério e de construto. A validade de conteúdo avalia o conteúdo do teste para verificar se é suficientemente representativo do que se quer medir, a validade de critério está associada à utilização da avaliação para prever o comportamento futuro dos sujeitos. Por seu lado, a validade de construto avalia até que ponto se pode dizer que o questionário avalia um determinado traço. Segundo Kline (1995), esta nomenclatura não corresponde a três tipos diferentes de validade, mas sim a formas interdependentes e interligadas de acumular evidência de validade. É um processo contínuo e inacabado de procura de informações que nos ajuda a entender o que o teste está a medir. Para determinar a validade de constructo, considerou-se o resultado global do teste comparado com os itens que o compõem. Para tal, realizaram-se testes de correlações interescalas e correlações item/ escalas que permitem a confirmação ou infirmação empírica dos constructos colocados no plano teórico. Para Stevenson (1986), o grau de relacionamento entre duas variáveis contínuas é sintetizado por um coeficiente de

correlação (r de Pearson) e tem duas propriedades que caracterizam a natureza da relação entre duas variáveis, uma é o seu sinal (+ou-) e outra a magnitude. Murphy e Davidshofer (2001) referem que, teoricamente, esta correlação poderia variar desde valores de r -1,00 (relacionamento negativo, perfeito) a +1,00 (relacionamento positivo, perfeito). Na prática, a maioria dos coeficientes de validade tendem a ser bastante pequenos e valores superiores a 0,3 não são comuns na prática e raramente excedem 0,6 a 0,7.

No nosso caso, pretendia-se que todas as correlações (r) apresentassem valores positivos e que cada item avaliado apresentasse valores de correlação mais elevada com a sua própria sub-escala do que com a outra sub-escala. Da observação dos resultados apresentados no Quadro 7, verificamos que o item 1 apresenta o valor mais baixo 0,37, nos restantes itens os valores são superiores. Apenas no item 8 “Sinto que o processo de avaliação conduziu a uma avaliação injusta” a correlação é mais baixa com a sua sub-escala.

Por outro lado, as sub-escalas devem apresentar entre elas correlações moderadamente baixas pois se as correlações fossem perfeitas (próximas de 1) significaria que estariam a medir a mesma coisa e, nesse caso, seria insensato utilizar as duas, pois uma não acrescentaria mais informação à outra. No nosso caso obtivemos valores de 0,57 (Quadro 8).

Quadro 7: Distribuição das correlações item/ subescala

Itens da dimensão cognitiva		
Itens	r como total da dimensão 1	r com o total da dimensão 2
1. A minha avaliação teve em conta as normas e critérios definidos para o desempenho.	0,37	0,35
2. O processo de avaliação foi extremamente importante na medida em que possibilitou a minha participação na solução dos problemas da organização que afectam o meu desempenho.	0,64	0,56
3. O último processo de avaliação avaliou de facto as minhas competências profissionais.	0,72	0,67
8. Sinto que o processo de avaliação conduziu a uma avaliação injusta.	0,40	0,52
9. Penso que a avaliação de desempenho me ajudou a compreender e a organizar melhor o meu trabalho.	0,68	0,07
10. O processo de avaliação foi extremamente importante para a melhoria do meu desempenho individual e da equipa.	0,60	0,40
11. O último processo de avaliação foi claro quanto ao o meu nível de desempenho.	0,65	0,62
13. O processo de avaliação foi extremamente importante na medida em que me permitiu identificar necessidades de formação e desenvolvimento pessoal, inseridos no contexto organizacional.	0,66	0,56
17. O actual processo permite a avaliação do desempenho de forma precisa.	0,54	0,12
Itens da dimensão comportamental		
Itens	r com o total da dimensão 1	r com o total da dimensão 2
4. O último processo de avaliação afectou negativamente o relacionamento com o meu supervisor.	0,05	0,47
6. O meu avaliador levou em consideração as minhas opiniões.	0,30	0,61
12. O meu avaliador estava suficientemente capacitado para cumprir o processo de avaliação.	0,34	0,62
18. O processo de avaliação foi extremamente importante para estimular/criar espírito de cooperação e entendimento mútuo entre avaliadores e avaliados.	0,59	0,70
19. Considero-me bem informado sobre o processo de avaliação (objectivos, normas e critérios, etapas).	0,25	0,49
20. Considero que estava bastante motivado para a realização da avaliação de desempenho.	0,42	0,68

Quadro 8: Distribuição das correlações inter-escalas

		Total da D1	Total D2
Correlação de Pearson	TINTERV	0,576**	1.000
	TPROCESSO	1.000	0,576**
N	TINTERV	101	101
	TPROCESSO	101	101

**Correlação significativa para um nível de significância de 0,01

Incluímos um item que consideramos de avaliação global referente à componente afectiva porque se refere à expressão de sentimentos neste caso relativos a todo o processo de avaliação de desempenho – *Estou satisfeito com o meu processo de avaliação de desempenho*. Como o considerámos de avaliação global do nível de satisfação com a avaliação de desempenho decidimos que não deveria ser incluído em nenhuma das subescalas construídas.

O nível de realização do processo foi outro aspecto incluído neste questionário, pois pretendíamos avaliar se todas as fases preconizadas no Despacho nº 2/93 de 30 de Março que regulamenta a avaliação do desempenho na carreira de enfermagem, foram cumpridas. O objectivo era conhecer em que medida foi cumprida a referida legislação. Vimos anteriormente que Fletcher (1999) considerou como um dos critérios de avaliação do processo de avaliação de desempenho, a taxa de conclusão sendo uma medida básica verificar se as avaliações são de facto concretizadas. Este autor entendeu que se os processos tiverem sido bem planeados, com um bom nível de consulta, não encontraríamos avaliações incompletas e gestores a evitá-las.

O nível de finalização do processo de avaliação de desempenho, foi avaliado construindo um conjunto de seis questões dicotómicas baseadas nas fases preconizadas no Despacho nº 2/93 de 30 de Março (Regulamento da Avaliação do Desempenho na Carreira de Enfermagem):

- O avaliador reúne com os enfermeiros do serviço para definição dos objectivos do serviço, das normas de actuação e dos critérios de avaliação por serviço e por categoria.
- Avaliador e avaliado realizam a entrevista inicial.
- Avaliador e avaliado realizam uma entrevista de orientação periódica pelo menos uma vez por ano.
- Elaboração de um relatório crítico de actividades

- Avaliador e avaliado realizam uma entrevista no final do triênio.
 - Elaboração do projecto profissional e do plano de acção para o período seguinte.
- Às questões colocadas os enfermeiros respondem negativa ou afirmativamente.

1.3.3. Questionário de avaliação da percepção de justiça organizacional

O questionário utilizado para a avaliação da percepção de justiça organizacional, elaborado por Rego (2000), é constituído por 15 itens a que os inquiridos respondem, referindo em que medida consideram as afirmações verdadeiras ou não, utilizando para o efeito uma escala de veracidade de 6 pontos em que o 1 corresponde a “Completamente falsa” e o 6 a “Completamente verdadeiro”. Como o item 7 se encontra formulado com sentido inverso, aquando do tratamento dos dados a pontuação é colocada invertida.

No questionário apresentado aos enfermeiros os itens encontram-se distribuídos aleatoriamente no entanto, para melhor o compreendermos apresentamos, no quadro 9, os diversos itens agrupados nas três dimensões: justiça distributiva, procedimental e interaccional.

Quadro 9: Itens de avaliação da justiça organizacional

Justiça distributiva
2. Considerando as minhas responsabilidades, penso que sou remunerado justamente.
5. Atendendo ao stress e pressões do meu cargo, penso que sou remunerado justamente.
8. O meu salário é justo.
14. Se tiver em conta a minha experiência, sinto-me justamente recompensado.
15. Tendo em conta o meu esforço, julgo que sou recompensado justamente.
Justiça procedimental
3. A minha organização tem um mecanismo que permite aos empregados apelar das decisões (exemplo quando não concordam com a avaliação de desempenho).
4. As questões que os empregados colocam a respeito da remuneração e da avaliação de desempenho são normalmente respondidas pronta e satisfatoriamente.
6. Através de vários canais, a minha organização tenta compreender as opiniões dos empregados relativamente às decisões e políticas de remuneração.
7. É uma perda de tempo apelar das decisões tomadas.
12. Os empregados podem discordar ou apelar das decisões tomadas pelos seus chefes.

Justiça interaccional
1. O meu superior mostra interesse genuíno em ser justo comigo.
9. O meu superior fornece-me informações acerca do modo como eu estou a desempenhar as minhas funções, permitindo-me aprender a fazer melhor o meu trabalho.
10. O meu superior torna claro o que espera de mim.
11. Ao decidir sobre o meu trabalho, o meu superior dá-me explicações com sentido para mim.
13. O meu superior trata-me com respeito e consideração.

1.4. PROCEDIMENTOS DE RECOLHA E TRATAMENTO DE DADOS

Antes de emprendermos a colheita de dados propriamente dita, encetámos algumas diligências para a realização do estudo na Instituição escolhida.

O primeiro passo consistiu na obtenção de autorização para a realização do estudo através do competente pedido de autorização ao Senhor Presidente do Conselho de Administração da Instituição, onde constavam o âmbito dos estudo e os objectivos, anexando um exemplar do conjunto de instrumentos a aplicar (Anexo 4).

A aplicação dos instrumentos foi precedida de contactos informais com os enfermeiros chefes dos serviços, onde foram expostas as motivações e objectivos do estudo, bem como a necessidade da sua participação e colaboração na divulgação pelos colegas e na recolha dos questionários.

Por último, um procedimento imprescindível que passou pela sensibilização dos colegas enfermeiros no sentido de assegurar a sua participação e colaboração através do preenchimento dos instrumentos, assegurando total confidencialidade dos dados fornecidos.

Os dados foram finalmente recolhidos no Hospital X no período que decorreu entre 1 de Junho e 30 de Junho de 2004.

O tratamento estatístico é, sem dúvida, uma fase crucial em qualquer trabalho de investigação, na medida em que nos permite atribuir uma significação aos dados obtidos pela aplicação do questionário.

O tratamento dos dados obtidos foi realizado por computador, através dos programas *Microsoft Word XP* e *Statistical Package for the Social Sciences (SPSS)* - versão 11.0 para *Windows*.

Para sistematizar e realçar a informação fornecida pelos dados recorreu-se a técnicas de estatística descritiva: frequências (absolutas e relativas), medidas de tendência central (médias aritméticas), medidas de dispersão e variabilidade (desvio padrão, mínimos e máximos).

O teste e a análise de hipóteses pressupõem algumas etapas que Reis *et al* (1996) enumera da seguinte forma:

1. Formular a hipótese nula e a hipótese alternativa: na hipótese nula é colocada a situação de igualdade e permite identificar claramente os valores da estatística que levam a rejeitar ou não a hipótese nula (H_0). No entanto, se H_0 for aceite, apenas podemos afirmar que provavelmente ela é verdadeira, aceitando a possibilidade de se ter cometido o erro tipo II (aceitar H_0 quando ela é falsa).

2. Fixar o nível de significância do teste em que se define o risco de cometer um erro tipo I (rejeitar H_0 quando ela é verdadeira). Fixar esse risco em 5% significa que o valor para a probabilidade de erro tipo I que se está a admitir é de 0,05. No nosso caso os valores de p indicados são os que o método extraiu aquando da utilização dos testes no programa SPSS. De qualquer forma, assinalamos que utilizamos como critério de rejeição em todas as provas estatísticas, os seguintes níveis de significância:

$p > 0,05$ – a diferença não é significativa;

$p \leq 0,05$ – a diferença é significativa;

$p \leq 0,01$ – a diferença é muito significativa.

3. Determinar o teste estatístico adequado: em função da natureza da hipótese (se afirmam diferenças ou relações), do número e tipo de grupos e do nível de medida da variável dependente e independente. A escolha de testes paramétricos pressupõe que estejam garantidos alguns pressupostos: nível de medição da variável dependente no mínimo intervalar, normalidade na distribuição e uniformidade da variância. Caso algum destes pressupostos não estejam garantidos, a opção passa pelos testes não paramétricos.

Comparar os valores e tomar a decisão (no SPSS os resultados são lidos na coluna da significância do teste).

2. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS E DISCUSSÃO

Recolhida a informação, com recurso a um questionário, é necessário apresentar os dados obtidos e discuti-los. Para isso, recorreremos a quadros e gráficos, que nos parecem os mais ilustrativos e adequados à situação, para que a informação facultada se torne facilmente inteligível.

Em todas as apresentações de quadros e gráficos irá omitir-se a fonte e a data de recolha de informação, atendendo a que se reportam aos dados obtidos através da aplicação do questionário aos enfermeiros do Hospital em estudo.

Um primeiro aspecto que pensamos ser importante realçar é o nível de interesse demonstrado pelos enfermeiros da Instituição patenteado na adesão e participação no estudo. Relembramos que havia uma população global de noventa e um enfermeiros, tendo sido excluídos da amostra o enfermeiro director, a enfermeira supervisora e os colegas que não foram avaliados pelo menos uma vez, o que reduz a totalidade da população para 85. Assim sendo, apenas um colega não aceitou participar, o que poderá significar uma enorme sensibilidade e interesse, na temática proposta, pela generalidade dos colegas.

2.1. CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA E PROFISSIONAL DOS ACTORES DO ESTUDO

Iremos iniciar este capítulo apresentando e discutindo os dados que nos permitem obter a caracterização sócio-profissional da amostra inquirida.

A média de **idade da amostra inquirida**, como podemos observar no Quadro 10, é de 32,2 anos, um mínimo de 24 e um máximo de 65, para um desvio padrão de 8,0 o que indica a existência de uma razoável variabilidade de idades em relação à média.

Quadro 10: Distribuição da amostra segundo a idade

Variável	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio padrão
Idade	84	24	65	32,2	8,0

Quanto ao **sexo dos inquiridos**, 67,9% são do sexo feminino e 32,1% do sexo masculino. (Quadro 11)

Não querendo, nem podendo, extrapolar os dados obtidos para além do contexto em análise, podemos concluir que existem algumas diferenças entre os dados que caracterizam a nossa amostra e os resultados apresentados pela Ordem dos Enfermeiros (2003) referentes aos enfermeiros inscritos a nível nacional. Verificamos que a média de idades apresentada pelos enfermeiros por nós inquiridos é inferior à média de idade dos enfermeiros a nível nacional, que é de 36,8 anos.

Em relação ao sexo verificamos que, a nível nacional, dos 43.874 enfermeiros inscritos na Ordem dos Enfermeiros em 2003, 81% são do sexo feminino e apenas 19% são do sexo masculino. Na nossa amostra existe uma percentagem superior de enfermeiros do sexo masculino (32,1%).

Quadro 11: Distribuição da amostra segundo o sexo

Sexo	Nº	%
Feminino	57	67,9
Masculino	27	32,1
Total	84	100,0

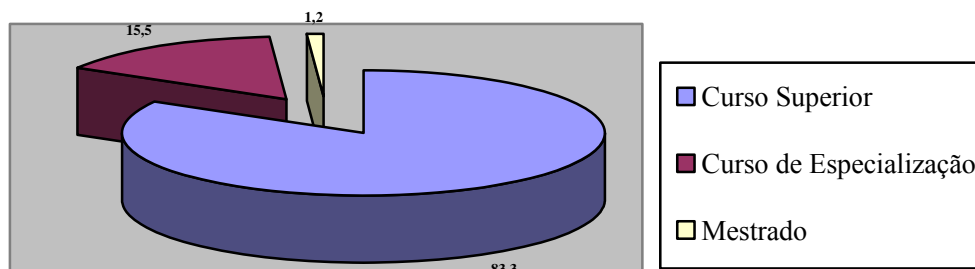
Relativamente ao **estado civil**, a maioria dos enfermeiros inquiridos são casados, 73,8%, enquanto 20,2%, são solteiros e 6% divorciados. (Quadro 12)

Quadro 12: Distribuição da amostra segundo o estado civil

Estado civil	Nº	%
Solteiros	17	20,2
Casados	62	73,8
Divorciados	5	6,0
Total	84	100,0

Quanto à **formação profissional**, verificamos, pelo Gráfico 1, que a maioria dos inquiridos (83,3%) possui o curso superior de enfermagem, 15,5% possui uma especialização em enfermagem e apenas um enfermeiro (1,2%) concluiu um mestrado.

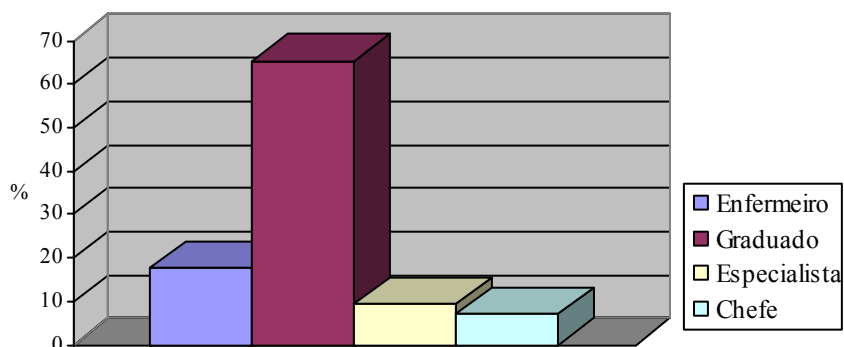
Gráfico 1: Distribuição da percentagem da amostra segundo a formação profissional



O Decreto-Lei 437/91 estabelece para a carreira de enfermagem três níveis: o nível um que integra as categorias de enfermeiro e enfermeiro graduado, o nível dois que integra as categorias de enfermeiro especialista e de enfermeiro-chefe e no terceiro nível está integrado o enfermeiro-supervisor.

No que respeita à distribuição da nossa amostra de acordo com a **categoria profissional dos enfermeiros**, podemos constatar (Gráfico 2) que, dos 84 enfermeiros inquiridos, 65,5% são enfermeiros graduados, 17,9% têm a categoria de enfermeiros (categoria mais baixa da carreira profissional), 9,5% são especialistas e apenas 7,1% são enfermeiros chefes.

Gráfico 2: Distribuição da amostra segundo a categoria profissional



Em relação ao **tempo de exercício profissional**, como se observa no Quadro 13, verificamos que a antiguidade mínima na profissão é de 3 anos e a máxima de 30 anos,

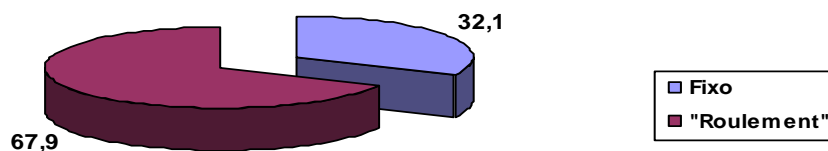
sendo, por isso, a amplitude de variação de 27 anos. A média é de 12 para um desvio padrão de 7. Pelo valor do desvio padrão pode afirmar-se que há uma grande variabilidade em relação à média.

Quadro 13: Caracterização da amostra quanto ao tempo de exercício profissional.

Variável	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio padrão
Tempo exercício profissional	84	3	30	12	7

No que se refere ao **tipo de horário praticado**, podemos afirmar que a maior percentagem de enfermeiros (67,9%) trabalha em horário rotativo (“roulement”), ou seja, horário de manhãs, tardes e noites ou manhãs e tardes. Em horário fixo, isto é, só manhãs, encontram-se vinte e sete enfermeiros a realizá-lo (32,1%) – Gráfico 3.

Gráfico 3: Distribuição da percentagem da amostra segundo o tipo de horário praticado



2.2. NÍVEL DE SATISFAÇÃO COM O PROCESSO DE AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO DOS ENFERMEIROS

A satisfação com o processo de avaliação, tal como foi explicado anteriormente, foi estudada no âmbito das atitudes no trabalho como um sistema de organização de experiências, vivências e conhecimentos, relacionados com determinado objecto alvo.

Passaremos agora a analisar cada um dos itens do questionário de avaliação do nível de satisfação dos enfermeiros com o sistema de avaliação de desempenho.

A análise dos dados obtidos (Quadro 14), quando questionámos os enfermeiros se a

avaliação teve em conta as normas e critérios definidos, permitem-nos verificar que 75% concordaram ou concordaram completamente.

Este aspecto é importante uma vez que nos permite verificar que a avaliação de desempenho dos enfermeiros na instituição estudada se baseou em normas e critérios relacionados com o cargo/ função e previamente definidos. Tal como o referem Johnston e Clark (2000), a avaliação de desempenho pode proporcionar um meio poderoso para conduzir ao aperfeiçoamento se forem utilizadas medidas de desempenho. Igualmente Barbier (1985) considerou que todo o processo de avaliação deve ter por base um referente relativamente ao qual o juízo de valor se aplica ou é susceptível de ser aplicado. Falava particularmente de normas de julgamento, de critérios de precisão, de condutas esperadas, de pontos de referência. Não há avaliação se não há referência a critérios que dependem dos objectivos a perseguir.

Quadro 14: Distribuição das respostas à questão: “A minha avaliação teve em conta as normas e critérios definidos para o desempenho.”

	Nº	%
Discordo completamente	2	2,4
Discordo	4	4,7
Discordo ligeiramente	2	2,4
Concordo ligeiramente	13	15,5
Concordo	43	51,2
Concordo completamente	20	23,8
Total	84	100,0

Relativamente à importância atribuída ao processo, na medida em que possibilitou a participação na solução dos problemas da organização que afectam o desempenho dos enfermeiros, verificamos pelo Quadro 15, que uma percentagem significativa de enfermeiros (69,1%) concorda que o processo de avaliação de desempenho foi importante. Cawley *et al* (1998) estudaram a participação em contexto de avaliação de desempenho e operacionalizaram-na em várias categorias: participação instrumental (influência de qualquer forma no resultado da avaliação), proporção de tempo falado na entrevista de

avaliação, possibilidade de expressar as opiniões, auto-avaliação e outras como a participação na definição de metas para o futuro. Foi reforçada a ideia de que a participação se relaciona positivamente com a satisfação dos intervenientes e com a aceitação do sistema e que o tipo de participação considerado é um factor a ter em consideração.

Vai no mesmo sentido a opinião de Lind e Tyler (1988) que referem que muitos têm sido os estudos, nomeadamente no âmbito do direito e da política, que avaliam e demonstram a relação entre a participação nas decisões e a satisfação. No entanto, essa relação depende do tipo de procedimento e da sua importância, pois alguns estudos ocasionais demonstraram efeitos atitudinais negativos perante a participação em procedimentos organizacionais.

No nosso trabalho não foi especificado o tipo de participação dos avaliados, mas parece-nos clara a importância atribuída pelos enfermeiros a este aspecto.

Quadro 15: Distribuição das respostas à questão: “O processo de avaliação foi extremamente importante na medida em que possibilitou a minha participação na solução dos problemas da organização que afectam o meu desempenho.”

	Nº	%
Discordo completamente	6	7,1
Discordo	15	17,9
Discordo ligeiramente	5	5,9
Concordo ligeiramente	26	31,0
Concordo	28	33,3
Concordo completamente	4	4,8
Total	84	100,0

Quando questionados se o último processo de avaliação tinha avaliado de facto as suas competências profissionais, 75,9% dos enfermeiros concordaram que isso aconteceu. (Quadro 16)

Quadro 16: Distribuição das respostas à questão: “O último processo de avaliação avaliou de facto as minhas competências profissionais.”

	Nº	%
Discordo completamente	3	3,6
Discordo	12	14,3
Discordo ligeiramente	6	7,2
Concordo ligeiramente	17	20,2
Concordo	38	45,2
Concordo completamente	8	9,5
Total	84	100,0

Relativamente à questão que interrogava os enfermeiros sobre a influência do último processo de avaliação no relacionamento com o supervisor, podemos verificar, no quadro 17, que 95,3% dos respondentes referiram não o ter afectado negativamente. Os estudos apresentados por Russell e Goode (1988) referem que os resultados sugerem que a satisfação do supervisor e sua interacção com o desempenho do subordinado é a variável fundamental que determina a satisfação com a avaliação. A satisfação é determinada pelo feedback, orientação e apoio do supervisor ao longo do período em avaliação. Parece, pois, importante que uma percentagem tão significativa de enfermeiros tenha considerado que a avaliação não afectou negativamente o relacionamento com o seu supervisor.

Quadro 17: Distribuição das respostas à questão: “O último processo de avaliação afectou negativamente o relacionamento com o meu supervisor.”

	Nº	%
Concordo	1	1,2
Concordo ligeiramente	3	3,5
Discordo ligeiramente	2	2,4
Discordo	24	28,6
Discordo completamente	54	64,3
Total	84	100,0

A análise do Quadro 18 permite-nos verificar que apenas 13% dos enfermeiros consideraram que as suas opiniões não foram valorizadas pelos seus avaliadores. A possibilidade de expressar a opinião durante o processo de avaliação foi estudada por Cawley *et al* (1998), considerando que a possibilidade de expressar as opiniões se relaciona positivamente com a satisfação, sendo os seus resultados consistentes com os anteriormente realizados na área da justiça organizacional, por autores como Lind e Tyler (1988) que sugerem que a oportunidade de expressar a opinião aumenta as avaliações e as percepções de justiça mesmo que não influenciem a decisão.

Também Almeida (1996) faz referência ao facto de que a possibilidade de os avaliados poderem emitir a sua opinião em relação à sua avaliação se correlaciona positivamente com uma reacção favorável ao processo de avaliação de desempenho.

Parece-nos, pois, positivo que a maioria dos enfermeiros inquiridos tenham afirmado que as suas opiniões foram consideradas pelos seus avaliadores.

Quadro 18: Distribuição das respostas à questão: “O meu avaliador levou em consideração as minhas opiniões.”

	Nº	%
Discordo completamente	1	1,2
Discordo	5	5,9
Discordo ligeiramente	5	5,9
Concordo ligeiramente	15	17,9
Concordo	45	53,6
Concordo completamente	13	15,5
Total	84	100,0

Quisemos verificar se havia diferenças na satisfação dos inquiridos com o processo de avaliação relativamente ao género. Não existindo grandes diferenças no entanto, verificamos que os enfermeiros do sexo masculino estão menos satisfeitos que os do sexo feminino. (Quadro 19)

Quadro 19: Distribuição dos enfermeiros por sexo, consoante a satisfação com o processo de avaliação.

Sexo	Feminino		Masculino	
	Nº	%	Nº	%
Discordo completamente	4	7,0	2	7,4
Discordo	3	5,3	3	11,1
Discordo ligeiramente	7	12,3	4	14,8
Concordo ligeiramente	16	28,1	6	22,2
Concordo	19	33,3	11	40,8
Concordo completamente	8	14,0	1	3,7
Total	57	100,0	27	100,0

O Quadro 20 mostra-nos os resultados obtidos sobre a percepção dos enfermeiros quanto à justiça da avaliação e verificamos que maioritariamente, os enfermeiros a consideraram justa. No entanto, 25% dos enfermeiros têm opinião contrária.

Este é certamente um resultado que deve ser objecto de reflexão posterior, pois no actual estudo não foi pedido que justificassem as suas respostas e, como tal, apenas podemos constatar que 25% dos enfermeiros consideraram que o processo de avaliação não conduziu a uma avaliação justa. Esta percentagem é sensivelmente igual à dos enfermeiros que referiram não estar satisfeitos com o processo de avaliação (27,3%).

Quadro 20: Distribuição das respostas à questão: “Sinto que o processo de avaliação conduziu a uma avaliação injusta.”

	Nº	%
Discordo completamente	29	34,5
Discordo	31	36,9
Discordo ligeiramente	3	3,6
Concordo ligeiramente	7	8,3
Concordo	13	15,5
Concordo completamente	1	1,2
Total	84	100,0

Anderson (2002) refere que, para que os avaliadores e avaliados invistam no sistema de avaliação de desempenho de uma organização de forma séria e empenhada, esforçando-se por o realizar com precisão, é necessário que acreditem que há justiça. Nessa medida, a visão global de justiça no sistema de avaliação de desempenho afectará o esforço dos actores para completar, com precisão, o processo de avaliação. Igual opinião tem Almeida (1995) que refere que, para que os processos de avaliação conduzam a melhorias de desempenho, têm que ser percebidos como justos e exactos pelos participantes organizacionais.

Cawley *et al* (1998) reforçam esta ideia, considerando que a justiça é uma componente importante no processo de avaliação, na medida em que pode ser antecedente mas igualmente consequente da reacção dos intervenientes.

No Quadro 21 podemos observar que 72,5% dos enfermeiros consideram que a avaliação de desempenho contribuiu para que compreendessem e organizassem melhor o seu trabalho. Opinião inversa tiveram 27,5% dos inquiridos.

Os sentimentos de sucesso ou insucesso, as motivações ou inibições que aparecem nos indivíduos, após actos de avaliação, desempenham um papel muito importante na natureza precisa das transformações reais que vão conhecer, na medida em que induzem ou não compromissos nos caminhos de transformação pessoal. É neste sentido que podemos dizer que funcionam para o sucesso ou para o insucesso, para a progressão ou estagnação.

A percepção de utilidade foi um das reacções estudadas por Cawley *et al* (1998), em contexto de avaliação de desempenho, e foi relacionada positivamente com a participação e a satisfação.

Parece-nos, pois, um factor importante que uma percentagem significativa de enfermeiros reconheça que este processo tem implicações positivas no seu desempenho, embora 27,5 % dos intervenientes tenham discordado desse facto. Considera-se importante que os supervisores analisem e tentem compreender as razões de tal constatação.

Quadro 21: Distribuição das respostas à questão: “Penso que a avaliação de desempenho me ajudou a compreender e a organizar melhor o meu trabalho.”

	Nº	%
Discordo completamente	5	6,0

Discordo	5	6,0
Discordo ligeiramente	13	15,5
Concordo ligeiramente	21	25,0
Concordo	32	38,0
Concordo completamente	8	9,5
Total	84	100,0

Vai no mesmo sentido a questão seguinte em que 63,2% dos enfermeiros consideraram que o processo de avaliação foi importante para a melhoria do seu desempenho. (ver Quadro 22)

Anderson (2002) explicita que a teoria da expectativa assume que os indivíduos anseiam mais uns resultados do que outros, e seleccionam as suas acções porque desejam resultados diferentes, fazendo uma escolha racional e reflectida dos melhores métodos para alcançar os resultados pretendidos. Esta decisão tem a ver com o nível de importância atribuído à avaliação de desempenho. Se a vêem como extremamente importante é provável que façam um grande esforço para completar com precisão todo o processo, se pelo contrário não a consideram importante provavelmente o esforço será menor.

O actual sistema de avaliação de desempenho dos enfermeiros, integrando-se numa filosofia que visa a melhoria contínua preconiza que um dos objectivos seja a melhoria do desempenho dos indivíduos e das equipas. O nosso estudo indica que uma percentagem significativa de enfermeiros tem a percepção de que tal acontece.

Quadro 22: Distribuição das respostas à questão: “O processo de avaliação foi extremamente importante para a melhoria do meu desempenho individual e da equipa.”

	Nº	%
Discordo completamente	7	8,3
Discordo	9	10,7
Discordo ligeiramente	15	17,8
Concordo ligeiramente	24	28,6
Concordo	26	31,0

Concordo completamente	3	3,6
Total	84	100,0

A clareza do processo de avaliação quanto ao desempenho foi referida por 76,2 % dos enfermeiros. (ver Quadro 23)

Tal como refere Barbier (1985) as atitudes e percepção do valor da avaliação é um aspecto relevante: quais os benefícios e resultados que reconhecem, o que vêm como problemas. Se os participantes identificam aspectos positivos (por exemplo melhoria de desempenho, clareza no papel desempenhado, identificação do que é esperado de si), então, haverá motivo para optimismo.

Quadro 23: Distribuição das respostas à questão: “O último processo de avaliação foi claro quanto ao meu nível de desempenho.”

	Nº	%
Discordo completamente	1	1,2
Discordo	7	8,3
Discordo ligeiramente	12	14,3
Concordo ligeiramente	22	26,2
Concordo	34	40,5
Concordo completamente	8	9,5
Total	84	100,0

Da análise do Quadro 24 verificamos que 90,4% dos enfermeiros consideraram que o supervisor estava suficientemente capacitado para realizar a avaliação e apenas 9,6% não foram dessa opinião.

Este aspecto é um dos referidos por Taylor *et al* (1998) como um dos critérios de justiça no processo de avaliação de desempenho. Reconhecidamente é importante que o avaliador seja alguém suficientemente familiarizado com o desempenho do funcionário para o avaliar. Essa evidência é habitualmente garantida quando o avaliador tem contacto funcional com o avaliado.

Como vimos a competência para avaliar o desempenho profissional dos enfermeiros pertence conjuntamente ao enfermeiro avaliado e aos enfermeiros avaliadores para tal designados e pressupõe o contacto funcional de, pelo menos, um dos enfermeiros avaliadores com o enfermeiro avaliado, durante o último ano do triénio considerado. Isto leva-nos a compreender que, percentagem tão elevada dos enfermeiros tenha respondido que o seu avaliador estava suficientemente capacitado para cumprir esse processo.

Quadro 24: Distribuição das respostas à questão: “O meu avaliador estava suficientemente capacitado para cumprir o processo de avaliação.”

	Nº	%
Discordo completamente	2	2,4
Discordo	5	5,9
Discordo ligeiramente	1	1,2
Concordo ligeiramente	12	14,3
Concordo	47	56,0
Concordo completamente	17	20,2
Total	84	100,0

Um dos objectivos preconizados pelo actual sistema de avaliação de desempenho dos enfermeiros era a identificação de necessidades de formação e desenvolvimento pessoal. Este foi um aspecto referido como importante por 73,8% dos enfermeiros inquiridos. (ver Quadro 25)

Quadro 25: Distribuição das respostas à questão: “O processo de avaliação foi extremamente importante na medida em que me permitiu identificar necessidades de formação e desenvolvimento pessoal, inseridos no contexto organizacional.”

	Nº	%
Discordo completamente	3	3,6
Discordo	6	7,1
Discordo ligeiramente	13	15,5
Concordo ligeiramente	22	26,2
Concordo	37	44,0

Concordo completamente	3	3,6
Total	84	100,0

A análise dos dados do Quadro 26 permite-nos constatar que as opiniões se dividem, havendo 48,8% dos enfermeiros a considerar que o actual processo de avaliação não permite uma avaliação precisa. Apenas 1,2% dos enfermeiros entendem que este é um processo completamente preciso.

A avaliação de forma precisa ou exacta pressupõe a apreciação sistemática do desempenho de cada pessoa em função das actividades que ela desempenha, das metas e dos resultados a serem alcançados e do seu potencial de desenvolvimento.

Cawley *et al* (1998) consideram que poucos estudos existem em que a precisão tenha sido estudada como um constructo separado referindo apenas o estudo de Taylor *et al* (1995) em que isso aconteceu. Estes autores referem que na maioria dos estudos a precisão foi estudada em conjugação com a percepção de justiça e os dois termos tratados como sinónimos, considerando que esta é uma das áreas a desenvolver em estudos futuros para clarificar a importância da precisão da avaliação.

Dos nossos resultados, parece claro que, em relação à precisão do processo, os enfermeiros não são unânimes nas suas opiniões e este será certamente um aspecto importante a merecer reflexão.

Quadro 26: Distribuição das respostas à questão: “O actual processo permite a avaliação do desempenho de forma precisa.”

	Nº	%
Discordo completamente	9	10,7
Discordo	15	17,9
Discordo ligeiramente	17	20,2
Concordo ligeiramente	27	32,1
Concordo	15	17,9
Concordo completamente	1	1,2
Total	84	100,0

Constatámos que a avaliação de desempenho não foi importante para estimular a cooperação e entendimento mútuo entre avaliadores e avaliados para 35,8% dos enfermeiros. (ver Quadro 27)

Embora estas respostas possam ser subjectivas, elas são tão importantes quanto quaisquer outros dados. Qualquer informação sobre as dificuldades das avaliações, na perspectiva dos avaliadores ou dos avaliados, deve ser investigada e planeadas as medidas correctivas.

Quadro 27: Distribuição das respostas à questão: “O processo de avaliação foi extremamente importante para estimular/criar espírito de cooperação e entendimento mútuo entre avaliadores e avaliados.”

	Nº	%
Discordo completamente	4	4,8
Discordo	13	15,5
Discordo ligeiramente	13	15,5
Concordo ligeiramente	25	29,8
Concordo	27	32,1
Concordo completamente	2	2,4
Total	84	100,0

O Quadro 28 permite-nos verificar que a maioria dos enfermeiros (85,7%) considera que estava bem informado sobre o processo de avaliação, conhecendo os objectivos, as normas e os critérios da avaliação de desempenho.

Taylor (1995) considera que um dos componentes que o sistema de avaliação justo deve incorporar é a adequação de processo que exige que sejam publicados, distribuídos e explicitados à organização e aos seus agentes. O mesmo deve acontecer com os padrões de desempenho a serem utilizados, devendo ser explicitada a razão e a forma de os satisfazer.

Estes aspectos foram divulgados a todos os serviços da instituição em análise através do Boletim Informativo da Direcção de Enfermagem e verificamos, através destas respostas, que os enfermeiros se consideraram bem informados sobre este processo.

Quadro 28: Distribuição das respostas à questão: “Considero-me bem informado sobre o processo de avaliação (objectivos, normas e critérios, etapas).”

	Nº	%
Discordo completamente	3	3,6
Discordo	5	6,0
Discordo ligeiramente	4	4,8
Concordo ligeiramente	20	23,8
Concordo	43	51,2
Concordo completamente	9	10,7
Total	84	100,0

O Quadro 29 mostra-nos que 57,1% dos enfermeiros considerou que estava motivado para a realização da avaliação de desempenho.

Os actos de avaliação dos agentes contribuem para formar projectos de transformação, dependentes, no entanto, da motivação para a mudança, o desenvolvimento e a progressão pessoal. Parece, pois, ser significativo o nível de motivação apresentado nestes resultados. No entanto, deveriam ser investigadas as razões pelas quais 42,9% referiram não estar motivados para o fazer.

Quadro 29: Distribuição das respostas à questão: “Considero que estava bastante motivado para a realização da avaliação de desempenho.”

	Nº	%
Discordo completamente	3	3,6
Discordo	11	13,1
Discordo ligeiramente	22	26,2
Concordo ligeiramente	27	32,1
Concordo	19	22,6
Concordo completamente	2	2,4
Total	84	100,0

A questão seguinte pretendeu ser um item de avaliação global avaliando a componente afectiva das atitudes dos enfermeiros em relação ao processo de avaliação de uma forma global. A componente afectiva refere-se à capacidade individual para experimentar sentimentos ou emoções e traduz-se por afirmações verbais de afecto.

As respostas obtidas permitem-nos verificar no Quadro 30, que 72,6% dos enfermeiros revelam opiniões favoráveis e consideram-se satisfeitos.

Cawley *et al* (1998) consideram que as reacções dos intervenientes no processo de avaliação podem ser determinantes para o sucesso e a efectividade da avaliação, pois podem afectar variáveis como a produtividade, a motivação e o compromisso organizacional.

Assim, parece-nos serem significativos os resultados obtidos, uma vez que a maioria dos enfermeiros manifesta sentimentos positivos relativamente ao actual processo de avaliação.

Quadro 30: Distribuição das respostas quanto à questão: “Estou satisfeito com o meu processo de avaliação.”

	Nº	%
Discordo completamente	6	7,1
Discordo	6	7,1
Discordo ligeiramente	11	13,1
Concordo ligeiramente	22	26,2
Concordo	30	35,7
Concordo completamente	9	10,7
Total	84	100,0

O Quadro 31 apresenta-nos os valores mínimos, máximos, média e desvio padrão de cada item. Nele podemos verificar que os valores médios são elevados em todos os itens. O item que apresenta valores mais elevados é o nº 4 com média de 5,5 para um máximo de 6. Este item questionava os enfermeiros sobre a influência da avaliação de desempenho no seu relacionamento com o supervisor.

Apresentaram ainda valores elevados o item 1 que avaliava se tinham sido

utilizadas medidas de desempenho (as normas e critérios previamente definidas), o item 5 e 11 referentes, respectivamente, à consideração pelas opiniões dos avaliados e a capacidade do supervisor para avaliar. Estes itens apresentaram valores médios de 4,7 e 4,6.

Os itens que apresentaram valores mais baixos – apesar de superiores ao valor médio na escala de 1 a 6 – foram os itens 13 (O processo permite a avaliação do desempenho de forma precisa), 16 (Considero que estava bastante motivado para a realização da avaliação de desempenho), 2 (O processo de avaliação foi extremamente importante na medida em que possibilitou a minha participação na solução dos problemas da organização que afectam o meu desempenho), 9 (O processo de avaliação foi extremamente importante para a melhoria do meu desempenho individual e da equipa). Pensamos que estes aspectos devem ser objecto de reflexão na instituição, pois só uma análise dos aspectos negativos permitirá introduzir melhorias num processo que se pretende preciso e contribua para a resolução dos problemas.

Quadro 31: Distribuição da amostra quanto aos valores médios e desvio padrão em cada item de avaliação da satisfação com o processo de avaliação

ITEM	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio padrão
1.1. Normas	84	1,0	6,0	4,7	1,1
1.2. Participação	84	1,0	6,0	3,7	1,3
1.3. Competência	84	1,0	6,0	4,1	1,3
1.4. Relacionamento	84	2,0	6,0	5,5	0,8
1.5. Opinião	84	1,0	6,0	4,6	1,0
1.6. Satisfação	84	1,0	6,0	4,0	1,3
1.7. Injustiça	84	1,0	6,0	4,6	1,4
1.8. Organização	84	1,0	6,0	4,1	1,3
1.9. Equipa	84	1,0	6,0	3,7	1,3
1.10. Clareza	84	1,0	6,0	4,2	1,1
1.11. Capacidade	84	1,0	6,0	4,7	1,1
1.12. Formação	84	1,0	6,0	4,1	1,1
1.13. Precisão	84	1,0	6,0	3,3	1,2
1.14. Cooperação	84	1,0	6,0	3,7	1,2

1.15. Informação	84	1,0	6,0	4,4	1,1
1.16. Motivação	84	1,0	6,0	3,6	1,1

Tal como foi explicado anteriormente, para avaliar o nível de satisfação com a avaliação de desempenho dos enfermeiros considerámos duas componentes: a cognitiva e a comportamental. Ao analisarmos os dados apresentados no Quadro 32, podemos verificar que os valores médios do nível de satisfação com o processo de avaliação são, numa escala de 1 a 6, de 4,1 para a dimensão 1, relacionada com a componente cognitiva, apresentando um desvio padrão de 0,9. A dimensão 2, referente à componente comportamental do processo de avaliação, apresenta valores superiores, comparativamente com a dimensão anterior, com um valor médio é de 4,4 e um desvio padrão inferior de 0,7.

Estes valores revelam que o nível de satisfação dos enfermeiros é elevado, considerando a escala utilizada de 1, para um nível de satisfação mais baixo, e de 6 para o nível de satisfação mais elevado.

Quadro 32: Distribuição da amostra quanto ao nível de satisfação com o processo de avaliação de desempenho

Nível de satisfação com a avaliação de desempenho	N	Mn	Mx	Média	Desvio padrão
D1: Cognitiva – Itens relacionados com os procedimentos	84	1,5	6	4,1	0,9
D2: Comportamental – Itens relacionados com a interacção dos intervenientes	84	1,8	5,5	4,4	0,7

Os resultados obtidos são importantes na medida em que os procedimentos e interacções demonstram a dignidade e respeito com que os funcionários são tratados.

Consideramos que os valores obtidos podem estar relacionados com o facto de os enfermeiros considerarem estarem presentes nos pressupostos do sistema de avaliação dos enfermeiros os três componentes — adequação de processo, audição justa, e julgamento baseado em evidência — referenciados por Taylor *et al* (1995) como necessários a um sistema de avaliação justo.

Os estudos apresentados por Russell e Goode (1988) referem que os resultados sugerem que o sistema de avaliação e os seus processos não são determinantes importantes na satisfação com a avaliação, porque a variável fundamental que determina a satisfação com a avaliação é a satisfação do supervisor e a sua interacção com o desempenho do subordinado, daí, talvez, os nossos resultados sejam mais elevados na dimensão comportamental do que na dimensão cognitiva.

Nível de Realização do Processo de Avaliação de Desempenho

O nível de realização foi por nós assumido como um aspecto importante de estudo. A análise dos dados do Quadro 33, que traduzem o nível de realização das diversas fases do processo de avaliação dos enfermeiros estudados, permite-nos concluir que:

a) Apenas 23,8% dos enfermeiros participaram na elaboração das normas e critérios de avaliação.

b) A entrevista inicial de avaliação, que tem como objectivos fundamentais integrar o enfermeiro avaliado na filosofia, objectivos e métodos de trabalho do estabelecimento ou serviço e unidades de cuidados; ajudar a interpretação das normas de actuação profissional e dos critérios de avaliação do desempenho estabelecidos para o triénio e motivar o enfermeiro avaliado, não foi realizada por 70,2% dos enfermeiros.

c) A entrevista periódica de orientação, que tem como objectivos essenciais: ajudar o enfermeiro avaliado a seleccionar estratégias e meios atinentes à optimização das suas capacidades; promover o desenvolvimento da capacidade de auto-avaliação e promover a autonomia do desempenho profissional e participação no trabalho em equipa, teve uma taxa de execução igualmente baixa, dado que apenas 21,4% dos enfermeiros a realizaram.

d) Verificamos como francamente positivo, o facto de 97,6 % dos enfermeiros terem elaborado o relatório crítico de actividades, realçando que este documento contém a apreciação crítica do desempenho da actividade profissional nas suas componentes científica, técnica e relacional e é o suporte documental que permite a atribuição da menção qualitativa.

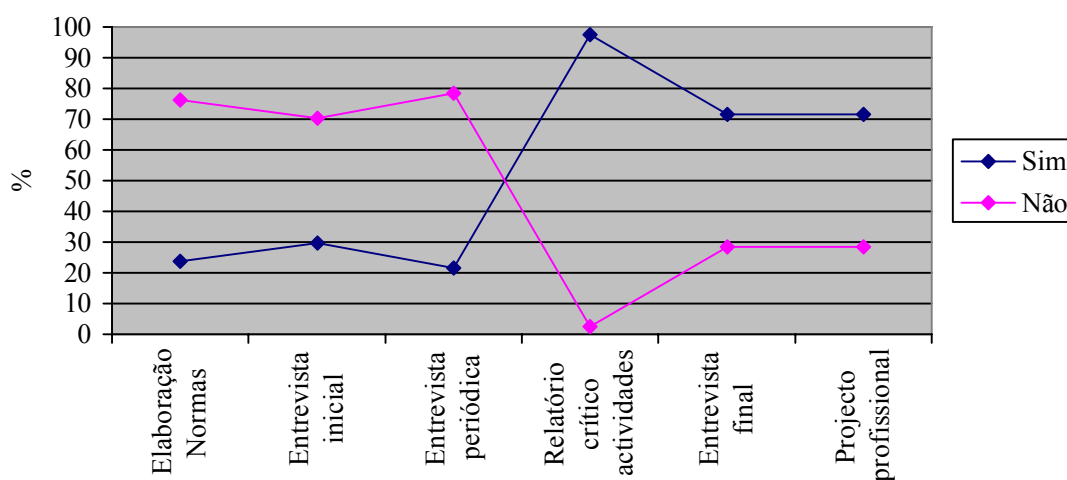
O Gráfico 4 permite-nos visualizar melhor, a descontinuidade na execução das várias fases do processo de avaliação de desempenho dos enfermeiros. Podemos verificar que as percentagens alcançam um valor máximo na fase de elaboração do relatório crítico

de actividades, decrescendo nas fases seguintes, gerando uma forte descontinuidade em todo o processo.

Quadro 33: Distribuição da amostra quanto ao nível de realização das etapas do processo de avaliação

Etapa do processo	Realização	Nº	%
Elaboração das normas	Sim	20	23,8
	Não	64	76,2
Entrevista inicial	Sim	25	29,8
	Não	59	70,2
Entrevista periódica	Sim	18	21,4
	Não	66	78,6
Relatório crítico de actividades	Sim	82	97,6
	Não	2	2,4
Entrevista final de avaliação	Sim	60	71,4
	Não	24	28,6
Projecto profissional	Sim	60	71,4
	Não	24	28,6

Gráfico 4: Distribuição da amostra quanto ao nível de realização das etapas do processo de avaliação



O actual sistema de avaliação dos enfermeiros na sua regulamentação preconiza, assim, a apreciação de forma sistemática do exercício profissional. Na sua complexidade, foi perspectivado para que o enfermeiro conheça o que a organização espera de si, através da adequada definição de padrões de qualidade de cuidados, das normas de actuação e dos critérios de avaliação e, neste contexto, valorizados e reconhecidos nas suas actividades quer interdependentes quer autónomas. Neste sentido, a avaliação é um meio e não um fim e, como tal, é um sistema que se preconiza formal, contínuo, evolutivo, individualizado, objectivo e participativo.

Russell e Goode (1988) abordam esta questão ao referirem estudos de Landy, Barnes, *et al.*, (1978), Landy, Barnes-Farell *et al.*, (1980), Grellar, (1978) e Ilgen, *et al.* (1981), que concluem que as reacções perante a avaliação são mais favoráveis se o supervisor tiver conhecimento sobre o desempenho e se o feedback da avaliação é frequente e determinado ao longo do ano. Ilgen *et al.*, (1981) e Joblin (1979), citados ainda por Russell e Goode (1988) sustentam que, uma vez que a satisfação é determinada pela orientação e apoio ao longo do período de avaliação, se os processos são usados continuamente, os avaliados percebem-nos como mais credíveis.

Estudos realizados por Pereira (2001), sobre avaliação de desempenho dos enfermeiros, apresentam como aspectos negativos impeditivos da concretização dos objectivos do processo de avaliação de desempenho dos enfermeiros o facto de não ser implementado como inicialmente preconizado. Esta autora refere que “duma forma geral, todos (os inquiridos) apontam que a filosofia do sistema é sustentável, mas já relativamente à concretização dos momentos previstos as opiniões revelam algum descrédito, na maioria das vezes porque sentem que as expectativas foram defraudadas, dando ideia de um processo burocratizante, pouco estimulador, traduzido pela pontualidade das acções desenvolvidas, contrariando a continuidade que lhe está subjacente, nomeadamente na realização das entrevistas de orientação, quer a avaliados quer a avaliadores.”

Os nossos resultados vão no mesmo sentido. Apesar dos níveis de satisfação apresentarem valores ligeiramente superiores à média (4,1 na dimensão cognitiva e 4,4 na dimensão comportamental, numa escala de 1 a 6) a percentagem de execução das várias fases do processo de avaliação fica muito abaixo do que seria de esperar, reforçando as críticas de burocratização do processo.

2.3. PERCEPÇÃO DE JUSTIÇA ORGANIZACIONAL

A análise do Quadro 34, que caracteriza a amostra quanto à percepção de justiça organizacional, permite-nos constatar o seguinte:

- a) a vertente da justiça distributiva é aquela que apresenta valores mais baixos e é, igualmente, aquela em que o desvio padrão apresenta valor mais elevado (1,0);
- b) a vertente procedimental apresenta valores médios de percepção de justiça de 3,2;
- c) inversamente, a vertente interaccional apresenta uma cotação mais elevada, com valores de 4,5.

Quadro 34: Caracterização da amostra quanto à percepção de justiça organizacional

Percepção de Justiça	N	Mn	Mx	Média	Desvio Padrão
D1: Justiça distributiva	84	1	5	2,1	1,0
D2: Justiça procedimental	84	1,2	5	3,2	0,7
D3: Justiça interaccional	84	1,8	5	4,5	0,9

Uma análise mais detalhada da justiça organizacional, (Quadro 35), por categorias profissionais, utilizando a comparação de médias, permite aprofundar mais a nossa análise: os enfermeiros especialistas são a categoria profissional com mais baixa percepção de justiça distributiva (1,9) e os enfermeiros chefes os que apresentam valores mais elevados (3,1).

Nas diversas categorias profissionais, no que se refere à percepção de justiça procedimental, não se registam diferenças significativas. A vertente interaccional é a que apresenta valores médios mais elevados. Os enfermeiros chefes são a categoria profissional com percepção de justiça interaccional mais baixa (4,0) e os enfermeiros de categoria inferior os que apresentam valores mais elevados (4,8). Este resultado parece-nos ser de realçar, pois os enfermeiros com categoria profissional mais elevada têm percepções de justiça na interacção com os seus supervisores mais baixas. No entanto, como são supervisores dos enfermeiros das categorias mais baixas, esse facto parece não interferir na

percepção de justiça dos supervisados que apresentam valores mais elevados, demonstrando um relacionamento justo.

Quadro 35: Caracterização da amostra quanto ao nível da percepção de justiça organizacional consoante a categoria profissional dos inquiridos.

Percepção de Justiça	Categoria profissional	N	Média	Desvio Padrão
D1: Justiça distributiva	Enfermeiro	15	2,3	1,1
	Enfermeiro Graduado	55	2,0	0,9
	Enfermeiro Especialista	8	1,9	1,4
	Enfermeiro Chefe	6	3,1	1,0
D2: Justiça procedimental	Enfermeiro	15	3,7	0,7
	Enfermeiro Graduado	55	3,0	0,7
	Enfermeiro Especialista	8	3,1	0,6
	Enfermeiro Chefe	6	3,9	0,7
D3: Justiça interaccional	Enfermeiro	15	4,8	0,8
	Enfermeiro Graduado	55	4,5	0,9
	Enfermeiro Especialista	8	4,6	1,0
	Enfermeiro Chefe	6	4,0	0,9

Por falta de estudos realizados nesta área, com enfermeiros, apenas é possível socorreremo-nos dos trabalhos de Rego (2000: 178) com docentes do ensino superior em que os professores inquiridos “expressam níveis de percepção de justiça percebida que podem ser considerados modestos/ médios. Em escalas de 1 a 6, as cotações situam-se em torno do intervalo 3,5 – 4,5.” A vertente em que apresentam percepções de justiça mais baixa é a distributiva, no entanto com valores superiores aos apresentados pelos enfermeiros.

Os enfermeiros especialistas são a categoria profissional com mais baixa percepção de justiça distributiva. É possível que tal se deva a maior carga de tarefas para que são solicitados por força da sua categoria profissional. Substituem, frequentemente, o enfermeiro chefe, sem que isso se traduza em qualquer recompensa financeira ou profissional. Vai neste sentido a opinião de Rego (2000), que considera que as percepções

de justiça não se fundamentam apenas no valor absoluto das retribuições mas são influenciadas pela comparação desse valor com padrões de referência, tais como as suas próprias expectativas, necessidades, normas sociais atinentes aos prestígio dos cargos e valores imaginados dos salários noutras organizações. O mesmo autor chama a atenção para estes factos dizendo que “é necessário avaliar as reacções das pessoas menos recompensadas pois podem considerar que tais disparidades são desmerecidas”.

Sabendo que o princípio da isonomia salarial na função pública está garantido, pois para categorias iguais correspondem remunerações base de igual valor e, como tal, a diferença de percepção poderá estar relacionada com o facto de que a maior desempenho não corresponde maior remuneração. Os enfermeiros especialistas têm como área de actuação, definida pela carreira de enfermagem, a prestação de cuidados especializados na área específica da formação, cumulativamente com a prestação de cuidados gerais. São, ainda, estes profissionais que substituem o enfermeiro chefe na sua ausência, assumindo em simultâneo as funções da área da gestão do serviço. (Decreto-Lei nº 437/91)

2.4. HIPÓTESES DO ESTUDO: TESTE E ANÁLISE

A formulação de hipóteses permitiu-nos inter-relacionar as variáveis que entendemos serem pertinentes para aprofundar o estudo sobre a satisfação com a avaliação de desempenho dos enfermeiros e a percepção de justiça organizacional. Para que tal fosse possível foi necessário proceder a técnicas de inferência estatística.

Para decidir quais os testes estatísticos a utilizar, aplicamos na variável dependente em estudo, o teste de Kolmogorov-Smirnov (como teste de normalidade da distribuição) para avaliar se a variável em estudo apresentava ou não distribuição normal dos seus resultados, pois este é um dos pressupostos para a utilização de testes paramétricos. A opção por este teste deve-se ao facto de ser utilizado em amostras de dimensão superior a 50. Podemos verificar, no quadro 36, que o teste revelou valores de $p < 0,05$ ($p = 0,003$ na dimensão 1 e $p = 0,001$ na dimensão 2) o que significa que as variáveis não apresentavam distribuição normal. Por esse facto, optámos por realizar, em todas as situações, testes não paramétricos: teste U de Mann-Whitney, de Kruskal-Wallis e correlação de Spearman.

Quadro 36: Resultado da aplicação do teste Kolmogorov-Smirnov para o nível de satisfação com a avaliação de desempenho

Nível de satisfação com a avaliação	Teste	p
D1: Processo de avaliação de desempenho	0,12	0,003
D2: Interacção dos intervenientes	0,13	0,001

H₁ – O nível de satisfação dos enfermeiros quanto à avaliação de desempenho é tanto maior quanto mais elevada for a categoria profissional do avaliado.

Procurámos avaliar, separadamente, cada uma das dimensões do nível de satisfação com a avaliação de desempenho (*Dimensão 1: cognitiva e Dimensão 2: comportamental*) e verificar se estes eram diferentes consoante a categoria profissional dos avaliados,

Como estávamos em presença de amostras independentes, em que a variável dependente apresenta um nível de medição numa escala contínua e a variável independente nominal com quatro grupos (enfermeiro, enfermeiro graduado, enfermeiro especialista e enfermeiro chefe), utilizamos o teste de *Kruskal-Wallis*. Este teste é utilizado como alternativa não paramétrica à análise de variância simples (teste ONE-WAY ANOVA), quando esta não pode ser utilizada, já que exige distribuição normal e igualdade de variância. São requisitos para o uso da análise de variância de *Kruskal-Wallis*, a comparação de três ou mais amostras independentes e os dados da variável dependente em estudo seja de medição ordinal e que por isso seja possível atribuir postos.

No Quadro 37 apresentamos as diversas medidas estatísticas com interesse neste método. As diferenças estatísticas são calculadas através de ranks (ou postos) das variáveis estudadas. Os dados são ordenados do menor para o maior e atribuídos postos conforme a ordem ocupada na sequência geral. É um teste especialmente sensível às diferenças nas medidas de localização e como tal uma medida de tendência central importante para resumir o que se passa com cada um dos grupos é a mediana (Md). Como foi explicado não é através das médias aritméticas, que o procedimento estatístico actua, contudo, achámos expressivo que, para se compreenderem as diferenças entre variáveis, apresentássemos esses resultados no quadro. Para calcular o valor do teste, e tendo em

conta o tamanho dos grupos, o teste faz a aproximação à distribuição de *Qui-Quadrado* (χ^2).

Como referimos anteriormente, quando utilizamos o programa SPSS, os resultados que permitem tomar a decisão de aceitar ou rejeitar a hipótese nula são lidos na coluna da significância do teste.

Como se pode constatar pelo Quadro 37, os valores do teste encontrados nas duas dimensões (D1: $\chi^2 = 2,27$ e D2: $\chi^2 = 4,66$), têm associados níveis de significância superiores a 0,05 pelo que as diferenças encontradas não têm significado estatístico, ou seja, os resultados parecem indicar que a hipótese experimental não é aceite mas sim a hipótese nula. Isto permite-nos referir que *não existem diferenças estatisticamente significativas entre o nível de satisfação com o processo de avaliação de acordo com a categoria profissional do avaliado e, igualmente, não existem diferenças estatisticamente significativas entre o nível de satisfação com a interação dos intervenientes e a categoria profissional do avaliado.*

Quadro 37: Resultados da aplicação do teste de Kruskal-Wallis ao nível de satisfação com a avaliação de desempenho consoante a categoria profissional dos avaliados.

Dimensão	Categoria do avaliado	N	Média	Média de ranks	Md	Desvio padrão	χ^2	p
D1. Processo de Avaliação	Enfermeiro	15	4,08	40,57	4,22	0,74	2,27	0,51
	Enfermeiro Graduado	55	4,03	41,75	4,22	1,05		
	Enfermeiro Especialista	8	4,59	54,50	4,44	0,61		
	Enfermeiro Chefe	6	4,12	38,17	4,05	0,25		
D2. Interação dos intervenientes	Enfermeiro	15	4,58	45,33	4,50	0,54	4,66	0,19
	Enfermeiro Graduado	55	4,37	40,03	4,50	0,77		
	Enfermeiro Especialista	8	4,89	58,63	5,00	0,36		
	Enfermeiro Chefe	6	4,33	36,58	4,50	0,58		

Os resultados obtidos com os enfermeiros chefes podem ser um aspecto que deva ser objecto de reflexão.

Taylor *et al* (1998) referem que atitudes negativas dos gestores são obstáculos potenciais à implementação de um sistema de avaliação de desempenho procedimentalmente justo.

Pearce e Porter (1986), citados por Russell e Goode (1988), referem que o sistema de avaliação pode ser mais proeminente para os gestores que administram o sistema do que para empregados que só recebem avaliações. Reforçam que os gestores que estão satisfeitos com o sistema enquanto avaliadores, deveriam estar mais satisfeitos com a sua avaliação do que os que estão insatisfeitos com o sistema.

Estes resultados não podem ser confirmados no nosso estudo uma vez que não estabelecemos a diferença entre a satisfação com o processo de avaliação legalmente instituído e a satisfação com a sua própria avaliação.

Os enfermeiros chefes desempenham simultaneamente o papel de avaliadores e avaliados. A tarefa do gestor consiste em ser capaz de conduzir, num dado contexto, um grupo de pessoas que, trabalhando em comum, devem atingir objectivos relacionados com a missão da organização (Frederico e Leitão, 1999).

As chefias exerceram sempre um grande impacto na vida quotidiana das pessoas que trabalham nas diversas organizações; a especificidade e a importância das suas acções são determinantes para a eficácia das organizações constituindo um importante factor. Segundo Ceitil (2001), assistimos a um novo paradigma da chefia, que tem subjacente a ideia que chefiar não é apenas “mandar e controlar” mas, também, comunicar, envolver, motivar e influenciar positivamente o comportamento das pessoas. As organizações passam a delegar nas chefias uma parte das responsabilidades pela resolução dos problemas da gestão intermédia, incluindo a gestão quotidiana das equipas profissionais, a gestão dos conflitos e a avaliação do mérito do desempenho profissional.

Por outro lado, como constatou Ceitil (2001), não foram delegadas nos chefes competências nem influência para participar nas decisões importantes que interferem com o quotidiano profissional das pessoas, tal como não lhes foram delegados poderes para gerir incentivos, recompensas ou punições, nem mesmo para negociar condições laborais. Isto implica que às chefias compete gerir os descontentamentos, os problemas e

reivindicações dos profissionais relativamente às decisões estratégicas das organizações, mas não lhes é conferido poder para participar ou influenciar essas mesmas decisões.

H₂: O nível de satisfação dos enfermeiros quanto à avaliação de desempenho correlaciona-se positivamente com a sua idade.

Nas hipóteses de relação entre variáveis, quando a variável dependente é de nível ordinal e, como verificámos anteriormente não apresenta distribuição normal, avaliamos a correlação entre as variáveis comparando as médias através do teste de significância de correlação de Spearman. Este teste mede a intensidade da relação entre variáveis sendo a alternativa não paramétrica ao coeficiente r de Pearson, que tem como requisitos que as variáveis sejam medidas no mínimo a nível intervalar e que os dados provenham de populações com distribuições normais.

Estudámos, inicialmente, a correlação entre os valores de cada uma das dimensões do nível de satisfação (com o processo e com a interacção dos intervenientes), analisando se o nível de satisfação com a avaliação de desempenho varia consoante a sua idade e, verificámos, ainda, através do teste de correlação de Spearman (r_s) que a correlação é positiva mas não estatisticamente significativa entre estas duas variáveis ($p > 0,05$ nas duas dimensões). (ver Quadro 38)

Assim, os resultados levam-nos a rejeitar a hipótese por nós definida e a aceitar a hipótese nula.

Quadro 38: Matriz de correlação de Spearman entre o nível de satisfação com a avaliação de desempenho (suas dimensões) e a idade do enfermeiro.

Nível de satisfação com a avaliação	r_s	p
D1: Processo de avaliação de desempenho	0,15	0,15
D2: Interacção dos intervenientes	0,16	0,13

H₃ – Os enfermeiros do sexo feminino estão mais satisfeitos com a avaliação de desempenho que os enfermeiros do sexo masculino.

Nesta hipótese estamos a avaliar as diferenças entre as variáveis. Sendo a variável independente nominal dicotómica (com dois grupos independentes), o teste adequado é o *Teste U de Mann Whitney*. Baseia-se numa soma de postos em que os dados são dispostos como se as observações fizessem parte de uma única amostra mas sem perder o grupo de origem de cada observação. Não exige que as populações tivessem distribuição normal e por isso é usado em alternativa do teste de duas amostras para médias.

Apresentamos no Quadro 39 os dados estatísticos determinados pelo programa: médias aritméticas, médias de ranks, mediana, o desvio padrão (Dp), a estatística teste U e Z e o valor de p (nível de significância).

Reis *et al* (1996) consideram que, “o modo como o teste é construído torna-o especialmente sensível às diferenças nas medidas de localização, em particular às diferenças nas medianas das distribuições.”

A análise dos resultados, apresentados no Quadro 39, revela que em relação ao nível de satisfação com a avaliação de desempenho dos enfermeiros a média aritmética é maior quando o avaliado é do sexo feminino, tanto na dimensão processo de avaliação como na dimensão interacção dos intervenientes com diferenças superiores na primeira dimensão (\bar{X} : 4,23 para o sexo feminino e \bar{X} : 3,83 para o sexo masculino).

Aplicando o teste estatístico de Mann-Whitney, verificamos que as diferenças encontradas têm significado estatístico ($p < 0,05$) para a dimensão cognitiva e, como tal, rejeitamos a hipótese nula aceitando a hipótese experimental, que indica que, na dimensão 1 relacionada com o processo, as enfermeiras estão mais satisfeitas com a avaliação de desempenho do que os enfermeiros.

O mesmo teste indica que não existem diferenças estatisticamente significativas para a dimensão 2, relacionada com a interacção dos intervenientes, o que nos leva a rejeitar a hipótese experimental, que refere que os enfermeiros do sexo feminino estão mais satisfeitos com a interacção dos intervenientes do processo de avaliação do que os enfermeiros do sexo masculino e, como tal, a aceitar, para esta dimensão, a hipótese nula.

Quadro 39: Resultados da aplicação do teste U de Mann-Whitney, do nível de satisfação com a avaliação de desempenho consoante o sexo do avaliado

Satisfação com a avaliação	Sexo	\bar{X}	Médias de ranks	Md	Dp	U	Z	p
D1: Processo de avaliação	Masculino	3,83	33,46	4,00	0,76	525,50	-2,34	0,01
	Feminino	4,23	46,78	4,33	0,98			
D2: Interação dos intervenientes	Masculino	4,37	38,94	4,50	0,65	673,50	-0,92	0,35
	Feminino	4,50	44,18	4,50	0,73			

H₄: O nível de satisfação dos enfermeiros quanto à avaliação de desempenho correlaciona-se positivamente com o tempo de serviço profissional.

Nesta hipótese procuramos compreender a relação entre duas variáveis medidas a nível ordinal. O teste não paramétrico adequado à avaliação nestas circunstâncias que os dados não provêm de populações com distribuição normal é o teste de correlação de Spearman. Avalia a correlação utilizando a ordem das observações em vez do valor observado.

Como podemos observar no Quadro 40, após a aplicação do teste de correlação de Spearman, as correlações entre o nível de satisfação com a avaliação de desempenho (dimensão 1 e dimensão 2) e o tempo de exercício profissional dos enfermeiros, são positivas (D1: $r_s = 0,11$ e D2: $r_s = 0,10$), mas não estatisticamente significativas em virtude do nível de significância obtido ($p > 0,05$).

Com base nestes resultados, podemos referir que a hipótese nula é aceite e rejeitada a hipótese experimental.

Quadro 40: Matriz de correlação de Spearman entre a satisfação com a avaliação de desempenho (suas dimensões) e o tempo de serviço.

Nível de satisfação com avaliação	r_s	p
D1: Vertente cognitiva	0,11	0,29
D2: Vertente comportamental	0,10	0,32

A análise destes dados permite-nos inferir que o facto de o tempo de exercício profissional não se correlacionar de forma estatisticamente significativa com o nível de satisfação com a avaliação, pode estar em consonância com o que afirmam Pina e Cunha *et al* (2003:127): “as percepções pessoais de satisfação evoluem em torno de uma situação estacionária de satisfação pelo que o aumento da satisfação decorrente da introdução de mudanças tende a esgotar-se ao fim de algum tempo voltando ao estado estacionário de satisfação”.

Vão no mesmo sentido os resultados de Pereira (2001) que revelam que o desencanto se sente nos enfermeiros e que o mesmo seria o resultado das expectativas criadas no início, e posterior burocratização do processo, deixando-o cair num descrédito total.

Estes sentimentos serão mais acentuados nos enfermeiros com mais tempo de serviço e que já foram avaliados por este sistema mais do que uma vez.

Não será de desvalorizar, igualmente, o facto de a avaliação de desempenho dos enfermeiros não estar fundamentado num quadro de referências sobre indicadores de qualidade e produtividade em enfermagem que permitam o desejado desenvolvimento profissional.

H₅: Os enfermeiros que têm horário fixo (apenas de manhã) apresentam um maior nível de satisfação com a avaliação do que os enfermeiros que trabalham em horários de “roulement” (manhãs e tardes e manhãs, tardes e noites)

Agrupámos os dados obtidos quanto ao horário praticado pelos enfermeiros na instituição em estudo em dois grupos: o dos enfermeiros que trabalham em horário fixo (de manhã) e o dos enfermeiros que trabalham em horário rotativo (de manhãs e tardes ou manhãs, tardes e noites).

Da análise do Quadro 41, podemos inferir que os enfermeiros que trabalham em horário fixo apresentam valores médios de satisfação ligeiramente superiores na dimensão relacionada com os procedimentos ($\bar{X} = 4,1$), em relação aos enfermeiros que trabalham

em horário de tipo *roulement* ($\bar{X} = 4,0$). No entanto, essa diferença não existe na dimensão relacionada com a interação dos intervenientes.

Para a análise desta hipótese e dado que estamos em presença de uma variável nominal dicotómica utilizámos o teste não paramétrico de Mann Whitney. Podemos verificar que o nível de significância associado ao teste nas duas dimensões indicam que, as diferenças encontradas não têm significado estatístico ($p > 0,05$). Isto permite-nos referir que *não existem diferenças estatisticamente significativas ao nível da satisfação com a avaliação consoante o tipo de horário praticado pelos enfermeiros*, ou seja, os resultados parecem indicar que a hipótese experimental não é aceite mas sim a hipótese nula.

Quadro 41: Resultados da aplicação do teste U de Mann-Whitney, do nível de satisfação com a avaliação de desempenho consoante o tipo de horário.

Satisfação com a avaliação	Horário	\bar{X}	DP	Média de ranks	Md	U	Z	p
D1: Vertente cognitiva	Fixo	4,15	1,03	43,91	4,11	731,50	-0,36	0,71
	<i>Roulement</i>	4,08	0,89	41,83	4,22			
D2: Vertente comportamental	Fixo	4,50	0,70	44,06	4,50	727,50	-0,40	0,68
	<i>Roulement</i>	4,46	0,71	41,76	4,50			

O trabalho nocturno, horários rotativos, altas cargas de trabalho, liderança de enfermagem ineficaz e tempo inadequado para proporcionar desenvolvimento profissional são alguns dos factores organizacionais e de gestão apontados como causadores de insatisfação profissional dos enfermeiros. Apesar de não ser o objectivo fundamental do nosso trabalho estudar as repercussões do trabalho por turnos, quiséssimos saber as implicações que tem o tipo de horário praticado pelos enfermeiros no nível de satisfação com o processo de avaliação de desempenho.

As alterações frequentes dos horários de trabalho e elevada rotatividade dos profissionais pelos serviços contribuem para o desânimo, desmotivação, sofrimento,

burnout e depressão, e isso pode, de alguma forma, ter repercussões no empenhamento nos procedimentos de avaliação de desempenho. Diversos estudos comprovam que há uma diminuição acentuada do estado de vigília entre as duas e as quatro horas da manhã. Isto conjuntamente com a fadiga mental, acarretará uma diminuição da capacidade mental, influenciando negativamente o rendimento laboral (Cruz e Silva, 1995).

Os nossos resultados não traduziram, no entanto, diferenças estatisticamente significativas no nível da satisfação com a avaliação consoante o tipo de horário praticado pelos enfermeiros.

H₆: A realização completa do processo de avaliação de desempenho está correlacionada positivamente com o nível de satisfação dos enfermeiros com a avaliação de desempenho.

Por opção metodológica, para testar esta hipótese, agrupámos os resultados obtidos nas diversas fases do sistema de avaliação de desempenho dos enfermeiros em dois grupos: os que referiram terem cumprido todas as etapas desde a participação na elaboração das normas e critérios de avaliação do serviço até à elaboração do projecto profissional (realização completa) e os que referiram ter cumprido apenas algumas etapas do sistema de avaliação (realização incompleta).

Ao analisarmos os dados do Quadro 42, verificamos que quando o processo de realização da avaliação é completo o nível de satisfação quanto ao processo de avaliação é maior ($\bar{X} = 4,51$ e média de rank 56,2) do que quando o processo não é finalizado como o preconizado na legislação ($\bar{X} = 4,07$ e média de rank 41,63). No entanto, essas diferenças não são estatisticamente significativas ($p > 0,05$).

Quanto ao nível de satisfação com a interacção dos intervenientes, verifica-se, igualmente, que é superior quando o processo é completo, tendo essas diferenças significado estatístico ($p \leq 0,05$), ou seja, a hipótese experimental é aceite quanto à interacção dos intervenientes e rejeitada para a dimensão 1 referente ao processo de avaliação.

Quadro 42: Resultados da aplicação do teste U de Mann-Whitney, do nível de satisfação com a avaliação de desempenho consoante o nível de realização do processo

Satisfação com avaliação	Realização	\bar{X}	Média de Ranks	Md	DP	U	Z	p
D1: Processo de avaliação	Completa	4,51	56,20	5,11	1,41	129,00	-1,29	0,19
	Incompleta	4,07	41,63	4,22	0,90			
D2: Interação dos intervenientes	Completa	5,00	62,90	5,16	0,40	95,50	-1,93	0,05
	Incompleto	4,42	41,21	4,50	0,70			

Estes resultados vão de encontro aos dados obtidos por Pereira (2001), quando analisou o processo de avaliação de desempenho dos enfermeiros, em que eram apontados como aspectos negativos a descontinuidade do processo: “duma forma geral, todos apontam que a filosofia do sistema é sustentável, mas já relativamente à concretização dos momentos previstos, as opiniões revelam algum descrédito, na maioria das vezes porque sentem que as expectativas foram defraudadas, dando ideia de um processo burocratizante, pouco estimulador, traduzido pela pontualidade das acções desenvolvidas, contrariando a continuidade que lhe está subjacente, nomeadamente na realização das entrevistas de orientação, quer a avaliados quer a avaliadores” (Pereira, 2001: 88 e 89).

A mesma autora (2001: 66) refere que “para alguns, o processo não é contínuo e que só é lembrado no final de cada território crítico ao fazer a entrevista de avaliação.” Conclui, ainda, que “a motivação e o empenhamento pessoal envolvidos passam pelo sentido de uma identidade que ajuda a concretizar projectos e a dar uma percepção clara da sua finalidade como grupo. Para se sentir identidade tem que se participar. Assim, um dos factores que um participante refere como motivador é o cumprimento pleno de toda a filosofia de base do processo de avaliação do desempenho” (Pereira, 2001: 78). Os seus resultados não foram conclusivos relativamente aos sentimentos sobre a avaliação de desempenho. Os que lhe atribuíram uma conotação negativa, referiram como causa principal o não cumprimento dos pressupostos que estão inerentes à sua aplicação, não favorecendo assim o crescimento dos profissionais como é seu objectivo.

Este é um dos aspectos a exigir maior reflexão, pois pelo facto de ser reconhecido que o próprio processo de avaliação é motivador, devem os órgãos de decisão investir no cumprimento dos princípios orientadores estabelecidos no Regulamento da Avaliação do Desempenho na Carreira de Enfermagem: a objectividade, continuidade, flexibilidade e periodicidade.

H7: O nível de satisfação dos enfermeiros com a avaliação de desempenho correlaciona-se positivamente com a percepção de justiça organizacional.

A análise dos resultados do Quadro 43, obtidos através da matriz de correlação de Spearman entre as dimensões da avaliação do nível de satisfação com a avaliação de desempenho e as dimensões de percepção de justiça organizacional pode ser assim resumida:

- a) Não existe correlação estatisticamente significativa entre a dimensão distributiva da percepção de justiça e o nível de satisfação com a avaliação de desempenho.
- b) Existe correlação moderada positiva e significativa entre a dimensão procedimental da percepção de justiça, quer para a dimensão processo quer para a dimensão interacção do nível de satisfação com a avaliação de desempenho.
- c) Existe correlação moderada positiva e muito significativa entre a dimensão interaccional da percepção de justiça, quer para a dimensão processo quer para a dimensão interacção do nível de satisfação com a avaliação de desempenho, ou seja, quanto maior é o nível de satisfação maior é a percepção de justiça interaccional.

Como se pode constatar pelo Quadro 43, as diferenças encontradas não têm significado estatístico ($p > 0,05$) para a dimensão distributiva, o que significa que os resultados parecem indicar que a hipótese experimental não é aceite, mas sim a hipótese nula, ou seja, a satisfação com o sistema de avaliação de desempenho não se correlaciona positivamente com a dimensão distributiva da percepção de justiça organizacional.

Inversamente, as diferenças encontradas têm significado estatístico ($p \leq 0,05$) para as dimensões procedimental e interaccional o que significa que os resultados parecem indicar que a hipótese experimental é aceite e rejeitada a hipótese nula.

Quadro 43: Matriz de correlação de Spearman entre o nível de satisfação com a avaliação de desempenho (suas dimensões) com a percepção de justiça organizacional (suas dimensões).

Nível de satisfação com a avaliação	Percepção de Justiça	rs	p
D1: Cognitiva - Procedimentos de avaliação de desempenho	Distributiva	-0,00	0,97
	Procedimental	0,26	0,01**
	Interaccional	0,36	0,00**
D2: Comportamental - Interacção dos intervenientes	Distributiva	-0,01	0,89
	Procedimental	0,29	0,00**
	Interaccional	0,49	0,00**

** Correlação muito significativa $p \leq 0,01$.

A justiça distributiva associa-se, preferencialmente, com a satisfação com os resultados específicos de determinada decisão e emerge como importante factor explicativo das reacções dos indivíduos em situações em que estão pouco familiarizados com os procedimentos, o que não é o caso da avaliação de desempenho.

Como vimos anteriormente, deverá existir uma relação comparável entre compensações e contribuições. Adams (1995), citado por Lee (2000), argumenta que o comportamento social é afectado pela convicção de que a atribuição de recompensas dentro do grupo deverá ser equitativa, os *outcomes* deverão ser proporcionais às contribuições dos membros do grupo. As pessoas ficarão satisfeitas quando os *ratios* entre os seus próprios *inputs* e *outcomes* forem iguais, comparativamente aos *ratios* dos *inputs* e *outcomes* dos outros membros do grupo. Não havendo ligação entre a avaliação de desempenho dos enfermeiros e o processo de remuneração, nem qualquer processo de incentivos ligado ao mérito profissional é, pois, compreensível que os nossos resultados não apresentem correlações estatisticamente significativas nesta dimensão da percepção de justiça.

Inversamente, as diferenças encontradas têm significado estatístico para as dimensões procedimental e interaccional. Como vimos anteriormente, Rego (2002) considera que as pessoas reagem positivamente à justiça procedimental e interaccional por várias razões:

- a) acreditam que os procedimentos e interacções justas aumentam a probabilidade de obterem resultados mais favoráveis ou justos no futuro;
- b) os procedimentos e interacções justas demonstram a dignidade e respeito com que são tratados;
- c) assinalam o grau em que são reconhecidas pelo seu valor intelectual e emocional induzindo a várias reacções.

Assim, os resultados obtidos permitem inferir que os enfermeiros reagem positivamente aos procedimentos e interacções, e estes devem ser aspectos importantes a ser valorizados pelos decisores, pois como afirmam Kim e Mauborgne, (1997) citados por Rego (2002), isso poderá gerar maiores níveis de confiança e empenhamento/ comprometimento e incita as pessoas a irem mais além, contribuindo assim para níveis superiores de desempenho organizacional.

3. CONCLUSÕES

A política de modernização administrativa actualmente preconizada para os hospitais, independentemente do modelo de gestão adoptado, não se consegue implementar sem o recurso a instrumentos de gestão de pessoal adequados.

A motivação, a participação e a formação assumem-se como componentes essenciais da dinâmica da organização hospitalar e isso implica proporcionar autonomia e delegar competências nas chefias intermédias para que seja possível a definição de indicadores de qualidade e produtividade em enfermagem, de forma a permitir uma avaliação de desempenho com critérios facilmente mensuráveis.

O processo de avaliação é um instrumento poderoso de mobilização e desenvolvimento profissional. O actual sistema de avaliação de desempenho dos enfermeiros, implementado desde 1993, apesar de nem sempre interpretado, implementado e aceite pelos enfermeiros, baseia-se num processo composto por um conjunto de actividades que visam melhorar a eficácia da organização, motivar os enfermeiros, aperfeiçoar a formação e o desenvolvimento e dar apoio à gestão da qualidade.

Relativamente aos resultados obtidos no nosso estudo, parece-nos importante evidenciar as principais conclusões a que chegámos seguidamente e, faremos a sua apresentação de forma sintética.

As conclusões extraídas emergem da análise e interpretação dos dados, das hipótese formuladas, dos objectivos propostos e do enquadramento teórico estruturante da pesquisa.

Sentimos necessidade de alertar para o facto dos dados obtidos não poderem ser extrapolados para a população em geral, mas poderem ser utilizados no contexto de trabalho em que a investigação foi realizada.

Relativamente à metodologia utilizada, entendemos ter sido adequada ao tipo de estudo.

- A média de idade da amostra inquirida é de 32,2 anos, com um mínimo de 24 e um máximo de 65 em que 67,8% são do sexo feminino e 32,1% do sexo masculino.

- Os enfermeiros apresentam níveis positivos de satisfação com o processo de avaliação sendo esses valores superiores na dimensão comportamental da avaliação (4,4 numa escala de 1 a 6), do que na dimensão cognitiva (4,1).

- Os aspectos mais valorizados foram o relacionamento com o supervisor, a utilização das medidas de desempenho (as normas e critérios previamente definidas), a capacidade do supervisor para avaliar e a consideração pelas opiniões dos avaliados. Inversamente os aspectos menos valorizados foram a influência da avaliação de desempenho na participação da solução dos problemas da organização que afectam o desempenho, na melhoria do desempenho individual e da equipa e o nível de precisão considerado.

- Na dimensão cognitiva, relacionada com os procedimentos da avaliação, os enfermeiros e enfermeiros graduados (níveis mais baixos da carreira de enfermagem) apresentaram valores inferiores à média e os enfermeiros especialistas são a classe profissional com valores médios mais elevados (4,5).

- Na dimensão comportamental, relacionada com a interacção dos intervenientes, os enfermeiros especialistas são igualmente a categoria profissional com nível mais elevado de satisfação, mas são os enfermeiros chefes a apresentar os valores mais baixos (4,3).

Os resultados obtidos sobre o nível de satisfação dos enfermeiros chefes, em que estes apresentam o nível mais baixo na dimensão comportamental, parecem indicar ser preponderante desenvolver estratégias de mudança nas atitudes dos avaliadores.

- Apenas 23,8% dos enfermeiros participou na elaboração das normas e critérios de avaliação, e a entrevista inicial de avaliação não foi realizada por 70,2% dos enfermeiros, contrapondo com os 97,6 % dos enfermeiros que elaboraram o relatório crítico de actividades.

- Os resultados obtidos na avaliação da percepção de justiça organizacional permitiram-nos verificar que a dimensão distributiva é aquela que apresenta valores mais baixos (2,1), a dimensão procedimental apresenta valores médios de percepção de justiça de 3,2, e a dimensão interaccional apresenta uma cotação média mais elevada, com valores de 4,5.

- Da análise das percepções de justiça consoante as diversas categorias profissionais, verificamos que são os enfermeiros chefes a categoria profissional com percepção de justiça interaccional mais baixa (4,0) e, inversamente, são os enfermeiros de categoria mais baixa os que apresentam valores mais elevados (4,8). Os enfermeiros especialistas são a categoria profissional com mais baixa percepção de justiça distributiva (1,9).

· A análise dos resultados obtidos sobre a correlação entre as dimensões da avaliação do nível de satisfação com a avaliação de desempenho e as dimensões de percepção de justiça organizacional permite-nos verificar que não existe correlação estatisticamente significativa entre a dimensão distributiva da percepção de justiça e o nível de satisfação com a avaliação de desempenho. Existe correlação moderada positiva e significativa entre a dimensão procedimental da percepção de justiça, quer para a dimensão processo quer para a dimensão interacção do nível de satisfação com a avaliação de desempenho. Por outro lado, existe correlação moderada positiva e muito significativa entre a dimensão interaccional da percepção de justiça, quer para a dimensão processo quer para a dimensão interacção do nível de satisfação com a avaliação de desempenho, ou seja, quanto maior é o nível de satisfação maior é a percepção de justiça interaccional.

A avaliação de desempenho não deve ser conduzida como uma actividade isolada. Deve garantir-se a interacção de todos os envolvidos no processo: assumida e coordenada pelo departamento de educação e formação permanente e pelos responsáveis da formação em serviço. Deve ser considerada parte integrante do processo de ensino-aprendizagem considerando a prática de enfermagem como um processo educativo, utilizado de forma contínua e sistemática e, desse modo, contribuir para a melhoria da qualidade de cuidados assistenciais.

Para que os resultados sejam positivos todos devem participar do processo (avaliados, avaliadores e organização) permitindo identificar as habilidades específicas que necessitam ser devolvidas ou adquiridas pelo avaliado e também promover a qualidade de vida no trabalho

Consideramos este processo com uma adequada filosofia de continuidade, objectividade, flexibilidade e continuidade na medida em que é preconizada a planificação, o acompanhamento e a análise do desempenho realizada por enfermeiros.

Apesar disso a eficácia do sistema de avaliação depende de variáveis de contexto, em que o cumprimento de todas as etapas do processo se revela fundamental para o nível de satisfação dos enfermeiros. Isso só se consegue com a implementação de uma cultura organizacional marcada pela participação reflectida na adesão a um sistema de valores que privilegie a qualidade e a confiança recíproca entre os diversos níveis de decisão.

É absolutamente necessário o investimento nas fases de desenho dos padrões de cuidados e das normas de actuação de forma a permitir clarificar e objectivar as atribuições

dos enfermeiros na prestação de cuidados, reflectindo de forma mais transparente o contributo necessário a cada participante e a importância dos cuidados de enfermagem para a qualidade dos cuidados de saúde.

Este deve ser um dos aspectos a exigir maior reflexão pois o facto de ser reconhecido que o próprio processo de avaliação é motivador, seria importante que os órgãos de decisão investissem no cumprimento dos princípios orientadores estabelecidos no Regulamento da Avaliação do Desempenho na Carreira de Enfermagem: a objectividade, continuidade, flexibilidade e periodicidade.

Os resultados obtidos permitem inferir que os enfermeiros apresentam níveis baixos/ médios de percepção de justiça, sobretudo nas dimensões distributiva e procedimental, e que estes dados devem ser valorizados pelos decisores tendo em conta que percepções de justiça mais elevadas poderão gerar maiores níveis de confiança e empenhamento/ comprometimento e incitar as pessoas a irem mais além, contribuindo assim para níveis superiores de desempenho organizacional.

Como limites ao nosso estudo, identificámos o facto de se tratar de um estudo correlacional e, como tal, não poderem ser estabelecidas relações causais, de os respondentes serem apenas de uma instituição e de dimensão relativamente pequena e, portanto, a generalização a outras organizações deverá ser limitada. Identificamos, ainda, como limitação o facto de não terem sido consideradas no estudo as percepções dos enfermeiros relativamente aos resultados da avaliação, uma vez que sabíamos que a totalidade dos enfermeiros tiveram avaliação de satisfaz (como referimos a avaliação dos enfermeiros traduz-se numa informação qualitativa de satisfaz ou não satisfaz).

Sugestões e perspectivas futuras

A construção do questionário de avaliação da satisfação com o processo de avaliação dos enfermeiros foi um dos aspectos mais enriquecedor, ainda que lhe reconheçamos algumas lacunas, como sejam, a inclusão de um número limitado de itens na avaliação da vertente afectiva e não possibilitar cabal diferenciação entre a satisfação com o processo de avaliação legalmente instituído e a satisfação com a própria avaliação, por parte dos inquiridos.

Reconhecendo que o processo de avaliação de desempenho dos enfermeiros tem aspectos bastante positivos, deve ser objecto de acompanhamento e análise pelas organizações. A reacção dos

enfermeiros é um indicador que não deve ser descurado, mas pelo contrário ser objecto de reflexão e utilizado para que se possa melhorar. Um processo de avaliação de desempenho é uma ferramenta importante na gestão de pessoas na organização e, como tal, a sua monitorização e controlo deve ter o mesmo realce e envolvimento que as fases de desenho e implementação do mesmo.

Por fim, numa palavra de esperança e expectativa no futuro próximo dos serviços de saúde. O Ministério da Saúde, no seu Plano Nacional de Saúde 2004-2010, reconhece que as actividades de investigação têm um baixo peso nos critérios contemplados na evolução dos profissionais de saúde nas suas carreiras. No seguimento dessa constatação, define orientações estratégicas, em que uma das áreas prioritárias é o estudo da avaliação do desempenho dos serviços de saúde em geral e dos recursos humanos em particular. Pretende, igualmente, que as actividades de investigação sejam, relativamente às outras competências e actividades, explicitamente encorajadas e valorizadas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALCOBIA, P. (2001). Atitudes e satisfação no trabalho, in FERREIRA, J. M. C.; NEVES, J.; CAETANO, A. *Manual de Psicologia das Organizações*. McGraw- Hill: Lisboa.
- ALMEIDA, F. N. (1995). *Psicologia para Gestores*. McGraw-Hill. Lisboa.
- ALMEIDA, F. N. (1996). *Avaliação de Desempenho para Gestores*. McGraw-Hill: Lisboa.
- ALMEIDA, L. S.; FREIRE, T. (1997). *Metodologia da Investigação em Psicologia e Educação*. APPORT: Coimbra.
- ANDERSON, J.R (2002). *Measuring human capital: performance appraisal effectiveness*. <http://cobacourses.creighton.edu/MAM/2003/papers/anderson.doc>. Data de consulta: 2003/11/11.
- BARBIER, J. (1985). *A Avaliação em Formação*. Afrontamento: Porto.
- BERTRAND, Y.; GUILLEMET, P. (1994). *Organizações, uma Abordagem Sistémica*. Instituto Piaget: Lisboa.
- BISCAIA, A.; CONCEIÇÃO, C.; MARTINS, J.; FERRINHO, P. (2003). *Política e Gestão dos Recursos Humanos na Saúde em Portugal – Controvérsias*. Revista Portuguesa de Clínica Geral. 19(3): 281-289.
- BRANDÃO, N. L. S. (1997). *Ninguém Motiva Ninguém*. www.ahmg.com.br/jornal/motivaca.shtml. Data de consulta: 14/08/2005.
- CAETANO, A.; VALA J. (Organizadores) (2002). *Gestão de Recursos Humanos*. RH Editora: Lisboa.
- CÂMARA, P. B.; GUERRA, P.B.; RODRIGUES, J.V. (2003). *Humanator - Recursos Humanos e Sucesso Empresarial*. 5ª ed. Dom Quixote: Lisboa.
- CARAPINHEIRO, G. (1993). *Saberes e Poderes no Hospital: uma Sociologia dos Serviços Hospitalares*. Edições Afrontamento: Porto.
- CARVALHO, A.; MARCELINO, F.; BARREIROS, H.; LOURENÇO, L. (2002). *Processo de Contratualização de Recursos Humanos*. Quarteto: Coimbra.
- CATARINO, H.; SANTOS, J.; RELVÃO, M. S. (1993). *Enfermagem, uma profissão autónoma: “o desafio do futuro”*. *Servir*. 41(6): 300-305.

- CAWLEY, B. D.; KEEPING, L. M.; LEVY, P. E. (1998). Participation in the performance appraisal process and employee reactions: a meta-analytic review of field investigations. *Journal of Applied Psychology*. 83(4): 615-633.
- CEITIL, M. (2001). *A Liderança e a Saúde Mental*. Qualidade em Saúde. 1(5): 26-29
- CHAMBELL, M. J.; CURRAL, L. (1995). *Psicossociologia das Organizações*. Texto Editora: Lisboa.
- CHIAVENATO, I. (1999). *Gestão de Pessoas: O Novo Papel dos Recursos Humanos nas organizações*. Editora Campus: Rio de Janeiro.
- CHIAVENATO, I. (2002). *Recursos Humanos*. 7ª ed. S. Paulo: Editora Atlas.
- COLLIÈRE, M. F. (1989). *Promover a Vida*. Ed. Sindicato dos Enfermeiros Portugueses: Lisboa.
- CROPANZANO, R. (2001). *Justice in the Workplace: From Theory to Practice*. LEA Publishers: New Jersey.
- CRUZ, A. G.; SILVA, C. F. (1995). *Consequências do trabalho por turnos*. Revista Sinais Vitais, 3 (5): 37 – 42.
- DAL POZ, M. R. ; PIERANTONI, C.R.; VARELLA, T.C. (1997). *Produtividade e desempenho dos recursos humanos nos serviços de saúde*. Texto elaborado para a Organização Pan-americana de Saúde;
www.opas.org.br/rh/admin/documentos/ACF28.pdf. Data de consulta: 2003/03/06.
- GUEDES, F. (Dir.). (2004). *Dicionário Ilustrado*. Porto Editora: Lisboa.
- DIPBOYE, R.; PONTBRIAND, R. (1981). Correlates of employees' reactions to performance appraisals and appraisal systems. *Journal of Applied Psychology*, 66 (2): 248-251.
- DONNELLY, J. H.; GIBSON, J.; IANCEVICH, J. (2000). *Administração – Princípios de Gestão Empresarial*. 10ª ed. McGraw-Hill: Lisboa.
- FERNANDES, A.; CAETANO, A. (2002). Avaliação do desempenho, in *Gestão de Recursos Humanos*. RH Editores: Lisboa.
- FERREIRA, J.M.C.; NEVES, J.; CAETANO, A.(1996). *Psicossociologia das Organizações*. McGraw-Hill: Lisboa.
- FLETCHER, C. (1999). *Appraisal-Routes to Improve Performance*. 2ª ed. Institute of Personnel and Development: Londres.

- FONSECA, J.A.V. (1999). *Satisfação Profissional dos Enfermeiros Gestores dos Hospitais Centrais do Grande Porto*. Tese de Mestrado em Gestão e Economia da Saúde pela Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra: Coimbra.
- FORTIN, M.F. (1999). *O Processo de Investigação: da Concepção à Realização*. Lusociência: Loures.
- FREDERICO, M.; LEITÃO, M. A. (1999). *Princípios de Administração para Enfermeiros*. Edições Sinais Vitais: Coimbra.
- GIL, A. C. (1995). *Métodos e Técnicas de Pesquisa Social*. 4ª ed. Editora Atlas: S. Paulo.
- GRAÇA, L. (1992). *Guião para o Desenho de um Projecto de Investigação*. Textos da Cadeira de Ciências Sociais e Humanas. Escola Nacional de Saúde Pública: Lisboa.
- GREENBERG, J; BIERHOFF, H. W.; COHEN, R. L. (1986). *Justice in Social Relations*. Plenum Press: New York.
- GREENBERG, J.; BARON, R. (1997). *Behavior in Organisation*. 6ª ed. Prentice-Hall International: New Jersey.
- HADJI, C. (1994). *A Avaliação, Regras do Jogo: das Intenções aos Instrumentos*. Porto Editora: Porto.
- HOSPITAL DISTRITAL DE ÁGUEDA. (2001). *Avaliação de Desempenho*. Suplemento do Boletim Informativo da Direcção de Enfermagem, 4.
- JOHNSTON R; CLARK G. (2000). *Service Operations Management*. Prentice Hall: Harlow.
- KIM, P.S. (2002). Renforcer le lien entre la remuneration et la performance dans L'Administration: Étude de Cas de la Corée in *OCDE-Allemagne Symposium, Berlin*; <http://www.oecd.org>. Data de consulta : 2003/03/26.
- KIM, W.C.; MAUBORGNE (1998). Procedural justice, strategic decision making, and the knowledge economy. *Strategic Management Journal*, 19: 323-338.
- KLINE, P.(1995). *The Handbook of Psychological Testing*. British Library: New York.
- LAU, C.M.; LIM, E. W. *The Relationship Between Procedural Justice and Managerial Performance: the effect of participation*. http://www.af.ecel.uwa.edu.au/_data/page/9373/o2-150.pdf. Data de consulta: 22/10/2003.
- LEE, H. (2000). *An empirical study of organizational justice as a mediator in the relationships among leader-member exchange and job satisfaction, organizational commitment, and turnover intentions in the lodging industry*.

- <http://scholar.lib.vt.edu/theses/available/etd-05012000-14210002/>. Data de consulta: 22/10/2003.
- LIND, E. A.; TYLER, T.R. (1988). *The Social Psychology of Procedural Justice*. Plenum: New York.
- LUCAS, J. S. (1984a). Satisfação profissional dos profissionais de saúde: teorias e conceitos. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 2(1): 63-68.
- LUCAS, J. S. (1984b). Satisfação profissional: problema de gestão ou administração de recursos humanos? – o caso da enfermagem. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 2(2): 31-37.
- MASLOW, A. (1987). *Motivation and Personality*. Harper & Row: New York.
- MENDO, P. (1994). A Ordem dos Enfermeiros. *Servir*, 42(1): 9-10.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. (1998). *O Hospital Português*. Direcção Geral de Saúde: Lisboa.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. (1998). *Saúde: um Compromisso. A Estratégia da Saúde para o Virar do Século*. Ministério da Saúde: Lisboa.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. (2004). Plano Nacional de Saúde 2004-2010. Ministério da saúde: Lisboa.
- MURPHY, K. R. e DAVIDSHOFER, C. O. (2001). *Psychological Testing: Principles and Applications*. 5ª ed. Prentice-Hall: New Jersey.
- NEVES, J. (2001). Aptidões individuais e teorias motivacionais, in FERREIRA, J. M. C.; NEVES, J.; CAETANO, A. *Manual de Psicologia das Organizações*. McGraw-Hill: Lisboa.
- NUNES, P. M. (1997). *O Princípio da avaliação do mérito e a diferenciação dos salários: o caso da administração Pública em Portugal*. Tese de Mestrado, Universidade Portucalense: Porto.
- NUNALLY, J.C.; BERNSTEIN, I. H. (1994). *Psychometric Theory*. 3ª ed. McGraw-Hill: New York.
- NUNES, R.; REGO, G. (2002). *Prioridades em Saúde*. McGrawHill: Lisboa.
- ORDEM DOS ENFERMEIROS (2003). *Conselho de Enfermagem: Do Caminho Percorrido e das Propostas*. Ordem dos Enfermeiros: Lisboa.
- ORDEM DOS ENFERMEIROS (2004). *Qualidade e Produtividade em Enfermagem*. Ordem dos Enfermeiros: Lisboa.

- PAULO, G.N.N. (2003). *Satisfação dos profissionais de saúde: avaliação em dois modelos de gestão hospitalar: Adaptação e Validação Cultural do Hospital Judegment System*. Tese de Mestrado em Gestão e Economia da Saúde pela Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra: Coimbra.
- PEREIRA, M. A. R. (2001). *Avaliação do Desempenho de Enfermagem – Utopia ou Realidade – Como os Enfermeiros Vivenciam a Avaliação de Desempenho no Contexto das Práticas*. Dissertação de Mestrado em Ciências de Enfermagem, Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar da Universidade do Porto: Porto.
- PINA E CUNHA, M.; REGO, A.; CAMPOS E CUNHA, R.; CABRAL-CARDOSO, C: (2003). *Manual de Comportamento Organizacional e Gestão*. 1ª ed. Editora RH: Lisboa.
- POLIT, D; HUNGLER, B. P. (1995). *Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem*. 3ª ed. Artes Médicas: Porto Alegre.
- QUIVY, R.; CAMPENHOUDT, L.V. (1996). *Manual de Investigação em Ciências Sociais*. Gradiva: Lisboa.
- REGO, A. (2000). Justiça organizacional – desenvolvimento e validação de um instrumento de medida; *Psicologia*, 14 (2): 285- 307.
- REGO, A. (2002). *Comportamentos de Cidadania nas Organizações*. Mc GrawHill: Lisboa.
- REIS, E.; MELO, P.; ANDRADE, R.; CALAPEZ, T. (1996). *Estatística Aplicada*. Edições Sílabo: Lisboa.
- RUBIO, V. O. (1993). Incentivos. *Revista ROL de Enfermería*, 178: 20-22.
- RUSSELL, J. S.; GOODE, D.L. (1988). An analysis of manager' reactions to their own performance appraisal feedback, *Journal of Applied Psychology*, 73 (1): 63-67.
- SEP (2004). Nova Carreira de Enfermagem – a construção colectiva é imperativo. *Enfermagem em Foco*, 55: 3-5.
- SEITA DUARTE, J. F. (1993). *Avaliação de Desempenho da Carreira de Enfermagem: cadernos de divulgação*. Sindicato dos Enfermeiros Portugueses: Lisboa.
- SILVA, G. B. (1989). *Enfermagem Profissional: Análise Crítica*. 2ª ed. Cortez Editora: S. Paulo.

- SILVA, C. F. (1994). *Distúrbios do Sono em Trabalhadores por Turnos, Factores Psicológicos e Cronobiológicos* – Dissertação de Doutoramento em Psicologia Clínica. Faculdade de Psicologia da Universidade de Coimbra: Coimbra.
- SOUSA, A. (1996). *Introdução à Gestão: uma Abordagem Sistémica*. Editorial Verbo: Lisboa.
- STEVENSON, W. (1986). *Estatística Aplicada à Administração*. Editora Harbara: S. Paulo.
- STONER, J. A.F.; FREEMAN, R. E. (1992). *Administração*. 5ª ed. Prentice-Hall: Rio de Janeiro.
- STREINNER, D. L.; NORMAN, G.R. (1995). *Health Measurement Scales – a Practical Guide to Development and Use*. Oxford Medical Publications: London.
- TAYLOR, M.S.; TRACY, K.B.; RENARD, M. K.; HARRISON, J.K.; CARROLL, S.J. (1995). Due process in performance appraisal: a quasi-experiment in procedural justice. *Administrative Science Quarterly*, 40: 495-523.
- TAYLOR, M.S.; MASTERSON, S.S.; RENARD, M. K.; TRACY, K.B.; (1998). Managers' reactions to procedurally just performance management systems. *Management Journal*, 41(5): 568-579.
- TZINER, A.; KOPELMAN, R.; LIVNEH, N. (1992). Effects of performance appraisal format on perceived goal characteristics, appraisal process satisfaction, and changes in rated job performance: a field experiment. *The Journal of Psychology*, 127(3): 281-291.
- VROOM, V. H. (1964). *Work and Motivation*. John Wiley and Sons: New York.

LEGISLAÇÃO

- DECRETO-LEI nº 414/71, Diário da República, (228), I Série de 27 de Setembro (Estruturação e funcionamento de carreiras profissionais dos funcionários do Ministério da Saúde e Assistência).
- DECRETO REGULAMENTAR 57/80, Diário da República, (235), Série I, de 10 de Outubro. (Regulamenta a classificação de serviço na função pública).

DECRETO-LEI nº 305/81, Diário da República , (261), Série I de 12 de Novembro.
(Carreira de enfermagem).

DESPACHO NORMATIVO 128/81, Diário da República, (95), I Série de 24 de Abril
(Uniformiza procedimentos relativos à classificação de serviço).

PORTARIA 189-A/84, Diário da República, (76), Série I de 30 de Março (Regulamento da
Classificação de Serviço na Carreira de Enfermagem).

DECRETO-LEI nº 437/91, Diário da Republica, (257), 18 Série-A de 8 de Novembro
(Regulamenta a Carreira de Enfermagem).

DESPACHO nº 2/93, Diário da República, (75), II Série de 30 de Março, (Regulamento da
Avaliação do Desempenho na Carreira de Enfermagem).

DECRETO-LEI nº 104/98, Diário da República, (93), I Série-A de 21 de Abril (Ordem dos
Enfermeiros).

DECRETO-LEI nº 161/96, Diário da República, (205), Série I-A de 4 de Setembro
(Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros).

DECRETO-LEI nº 188/2003, Diário da República, (191), Série I-A de 20 de Agosto
(Regulamenta o Regime Jurídico dos Hospitais do Sector Publico Administrativo).

LEI nº27/2002, Diário da República, (258), Série I-A de 8 de Novembro (Regime Jurídico
da Gestão Hospitalar).

LEI 10/2004, Diário da República, (69), Série I-A de 22 de Março (Sistema Integrado de
Avaliação de Desempenho da Administração Pública).

ANEXOS

Anexo 1

Instrumento de Colheita de Dados

- **Questionário de Avaliação da Satisfação com a Avaliação de Desempenho dos Enfermeiros e Percepção de Justiça Organizacional (Elsa Rodrigues – 2004)**
- **Questionário de Avaliação da Percepção de Justiça Organizacional (Doutor Arménio Rego)**

AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO DOS ENFERMEIROS E PERCEÇÃO DE JUSTIÇA ORGANIZACIONAL

– Trabalho de Investigação –

Caro colega

Sou Elsa Maria Viegas Rodrigues, Enfermeira Chefe do Hospital Distrital de Águeda e encontro-me a realizar um trabalho de investigação intitulado “Avaliação de Desempenho dos Enfermeiros e Percepção de Justiça Organizacional”, o qual é um requisito básico para a conclusão do Mestrado em Gestão Pública da Universidade de Aveiro.

A concretização deste estudo só será possível se obtiver a sua colaboração para o preenchimento deste questionário.

Nesse sentido, apelo à sua compreensão e paciência para que leia atentamente as instruções e que responda a todas as questões do questionário com a máxima sinceridade. Após o preenchimento, coloque o questionário no envelope que lhe é fornecido, feche-o e entregue-o ao seu Enfermeiro(a) Chefe, ao(à) Responsável do serviço ou a mim própria.

Não escreva a sua identificação em qualquer parte do questionário ou do envelope, para que possa garantir a confidencialidade das suas respostas.

Se tiver interesse em conhecer os resultados do estudo terei imenso gosto em facultar-lhos.

Obrigado pela sua atenção e disponibilidade

Aveiro 20 de Maio de 2004

PARTE I

Caracterização sócio-demográfica e profissional dos enfermeiros

Assinale com uma cruz a quadrícula correspondente à sua situação.

1. Sexo: Feminino ☐ Masculino ☐

2. Idade: Anos

3. Estado Civil

- ☐ Solteiro
- ☐ Casado ou Vivendo Maritalmente
- ☐ Divorciado/Separado
- ☐ Viúvo

4. Formação Profissional

- ☐ Curso de Enfermagem Geral ou Equivalente
- ☐ Curso de especialização
- ☐ Mestrado

5. Tempo de Exercício Profissional: Anos

6. Categoria Profissional

- ☐ Enfermeiro
- ☐ Enfermeiro Graduado
- ☐ Enfermeiro Especialista
- ☐ Enfermeiro Chefe

7. Tipo de horário praticado?

- ☐ Manhãs
- ☐ Manhãs e tardes
- ☐ Manhãs, Tardes e Noites

PARTE II

Responda às perguntas que se seguem colocando um “X” na alternativa que melhor expressa a sua opinião à proposta que lhe é colocada, de acordo com a seguinte grelha:

DC	D	DL	CL	C	CC
Discordo completamente	Discordo	Discordo ligeiramente	Concordo ligeiramente	Concordo	Concordo completamente

ITEM	OPINIÃO SOBRE O ITEM					
1. A minha avaliação teve em conta as normas e critérios definidos para o desempenho.	DC	D	DL	CL	C	CC
2. O processo de avaliação foi extremamente importante na medida em que possibilitou a minha participação na solução dos problemas da organização que afectam o meu desempenho.	DC	D	DL	CL	C	CC
3. O último processo de avaliação avaliou de facto as minhas competências profissionais.	DC	D	DL	CL	C	CC
4. O último processo de avaliação afectou negativamente o relacionamento com o meu supervisor.	DC	D	DL	CL	C	CC
5. O meu avaliador levou em consideração as minhas opiniões.	DC	D	DL	CL	C	CC
6. Estou satisfeito com o meu processo de avaliação de desempenho.	DC	D	DL	CL	C	CC
7. Sinto que o processo de avaliação conduziu a uma avaliação injusta.	DC	D	DL	CL	C	CC
8. Penso que a avaliação de desempenho me ajudou a compreender e a organizar melhor o meu trabalho.	DC	D	DL	CL	C	CC
9. O processo de avaliação foi extremamente importante para a melhoria do meu desempenho individual e da equipa.	DC	D	DL	CL	C	CC

10. O último processo de avaliação foi claro quanto ao o meu nível de desempenho.	DC	D	DL	CL	C	CC
11. O meu avaliador estava suficientemente capacitado para cumprir o processo de avaliação.	DC	D	DL	CL	C	CC
12. O processo de avaliação foi extremamente importante na medida em que me permitiu identificar necessidades de formação e desenvolvimento pessoal, inseridos no contexto organizacional.	DC	D	DL	CL	C	CC
13. O actual processo permite a avaliação do desempenho de forma precisa.	DC	D	DL	CL	C	CC
14. O processo de avaliação foi extremamente importante para estimular/criar espírito de cooperação e entendimento mútuo entre avaliadores e avaliados.	DC	D	DL	CL	C	CC
15. Considero-me bem informado sobre o processo de avaliação (objectivos, normas e critérios, etapas).	DC	D	DL	CL	C	CC
16. Considero que estava bastante motivado para a realização da avaliação de desempenho.	DC	D	DL	CL	C	CC

Coloque uma cruz na alternativa que corresponde à realização ou não das fases do processo de avaliação de desempenho no último triénio.

ITEM	SIM	NÃO
1. Participou na elaboração das normas do serviço?		
2. Realizou a entrevista inicial de avaliação?		
3. Realizou as entrevistas periódicas de avaliação pelo menos uma vez por ano?		
4. Apresentou no final do triénio o relatório crítico de actividades?		
5. Realizou a entrevista final do triénio?		
6. Apresentou o projecto profissional para o triénio seguinte?		

PARTE III

Por favor refira em que medida as afirmações são ou não verdadeiras. Para tal, utilize a seguinte escala:

É completamente falsa 1	Na maior parte, é falsa 2	É um pouco falsa 3	É um pouco verdadeira 4	Na maior parte, é verdadeira 5	É completamente verdadeira 6
-------------------------------	---------------------------------	--------------------------	-------------------------------	--------------------------------------	------------------------------------

ITEM	
1. O meu superior mostra interesse genuíno em ser justo comigo.	
2. Considerando as minhas responsabilidades, penso que sou remunerado justamente.	
3. A minha organização tem um mecanismo que permite aos empregados apelar das decisões (exemplo quando não concordam com a avaliação de desempenho).	
4. As questões que os empregados colocam a respeito da remuneração e da avaliação de desempenho são normalmente respondidas pronta e satisfatoriamente.	
5. Atendendo ao stress e pressões do meu cargo, penso que sou remunerado justamente.	
6. Através de vários canais, a minha organização tenta compreender as opiniões dos empregados relativamente às decisões e políticas de remuneração.	
7. É uma perda de tempo apelar das decisões tomadas.	
8. O meu salário é justo.	
9. O meu superior fornece-me informações acerca do modo como eu estou a desempenhar as minhas funções, permitindo-me aprender a fazer melhor o meu trabalho.	
10. O meu superior torna claro o que espera de mim.	
11. Ao decidir sobre o meu trabalho, o meu superior dá-me explicações com sentido para mim.	
12. Os empregados podem discordar ou apelar das decisões tomadas pelos seus chefes.	
13. O meu superior trata-me com respeito e consideração.	
14. Se tiver em conta a minha experiência, sinto-me justamente recompensado.	
15. Tendo em conta o meu esforço, julgo que sou recompensado justamente.	

Anexo 2

Questionário preliminar de avaliação do nível de satisfação dos enfermeiros com o processo de avaliação de desempenho

AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO DOS ENFERMEIROS E PERCEPÇÃO DE JUSTIÇA ORGANIZACIONAL

– Trabalho de Investigação –

Caro colega

Sou Elsa Maria Viegas Rodrigues, Enfermeira Chefe do Hospital Distrital de Águeda e encontro-me a realizar um trabalho de investigação intitulado “Avaliação de Desempenho dos Enfermeiros e Percepção de Justiça Organizacional”, o qual é um requisito básico para a conclusão do Mestrado em Gestão Pública da Universidade de Aveiro.

A concretização deste estudo só será possível se obtiver a sua colaboração para a validação do questionário construído para avaliar a satisfação dos enfermeiros com o seu processo de avaliação de desempenho.

Nesse sentido, apelo à sua compreensão e paciência para que leia atentamente as instruções e que responda a todas as questões do questionário com a máxima sinceridade. Após o preenchimento, coloque o questionário no envelope que lhe é fornecido, feche-o e entregue-o ao seu Enfermeiro(a) Chefe, ou Responsável do serviço.

Não escreva a sua identificação em qualquer parte do questionário ou do envelope, para que possa garantir a confidencialidade das suas respostas.

Obrigado pela sua atenção e disponibilidade

Aveiro, 5 de Fevereiro de 2004

PARTE I

Responda às perguntas que se seguem colocando um círculo envolvendo a alternativa que melhor expressa a sua opinião à proposta que lhe é colocada, de acordo com a seguinte grelha:

DC	D	DL	CL	C	CC
Discordo completamente	Discordo	Discordo ligeiramente	Concordo ligeiramente	Concordo	Concordo completamente

ITEM	OPINIÃO SOBRE O ITEM					
1. A minha avaliação teve em conta as normas e critérios definidos para o desempenho.	DC	D	DL	CL	C	CC
2. O processo de avaliação foi extremamente importante na medida em que possibilitou a minha participação na solução dos problemas da organização que afectam o meu desempenho.	DC	D	DL	CL	C	CC
3. O último processo de avaliação avaliou de facto as minhas competências profissionais.	DC	D	DL	CL	C	CC
4. O último processo de avaliação afectou negativamente o relacionamento com o meu supervisor.	DC	D	DL	CL	C	CC
5. O actual processo de avaliação dos enfermeiros poderia ser melhorado se incluísse a avaliação pelos colegas.	DC	D	DL	CL	C	CC
6. O meu avaliador levou em consideração as minhas opiniões.	DC	D	DL	CL	C	CC
7. Estou satisfeito com o meu processo de avaliação de desempenho.	DC	D	DL	CL	C	CC
8. Sinto que o processo de avaliação conduziu a uma avaliação injusta.	DC	D	DL	CL	C	CC
9. Penso que a avaliação de desempenho me ajudou a compreender e a organizar melhor o meu trabalho.	DC	D	DL	CL	C	CC

10. O processo de avaliação foi extremamente importante para a melhoria do meu desempenho individual e da equipa.	DC	D	DL	CL	C	CC
11. O último processo de avaliação foi claro quanto ao o meu nível de desempenho.	DC	D	DL	CL	C	CC
12. O meu avaliador estava suficientemente capacitado para cumprir o processo de avaliação.	DC	D	DL	CL	C	CC
13. O processo de avaliação foi extremamente importante na medida em que me permitiu identificar necessidades de formação e desenvolvimento pessoal, inseridos no contexto organizacional.	DC	D	DL	CL	C	CC
14. Ficaria satisfeito com o processo de avaliação se para quantificar a avaliação existisse uma escala, de forma a discriminar o desempenho dos vários enfermeiros.	DC	D	DL	CL	C	CC
15. Os resultados da avaliação seriam diferentes se me tivesse esforçado ao longo do triénio para cumprir o que está preconizado na legislação.	DC	D	DL	CL	C	CC
16. O processo de avaliação foi extremamente importante na medida em que é um requisito básico para a promoção e progressão na carreira.	DC	D	DL	CL	C	CC
17. O actual processo permite a avaliação do desempenho de forma precisa.	DC	D	DL	CL	C	CC
18. O processo de avaliação foi extremamente importante para estimular/criar espírito de cooperação e entendimento mútuo entre avaliadores e avaliados.	DC	D	DL	CL	C	CC
19. Considero-me bem informado sobre o processo de avaliação (objectivos, normas e critérios, etapas).	DC	D	DL	CL	C	CC
20. Considero que estava bastante motivado para a realização da avaliação de desempenho.	DC	D	DL	CL	C	CC

Anexo 3

**Documento utilizado para recolher os dados obtidos através do
método de reflexão falada**

Anexo 4

**Pedidos de autorização para recolha dos dados, dirigidos aos
conselhos de administração das instituições que colaboraram no
estudo**

Ao Conselho de Administração do
Hospital Distrital de Águeda

Elsa Maria Viegas Rodrigues, Enfermeira Chefe do Serviço de Medicina, a frequentar o Mestrado de Gestão Pública na Universidade de Aveiro, necessita para a conclusão do mesmo de realizar um trabalho de investigação.

O estudo pretende investigar a “Avaliação de desempenho dos enfermeiros e percepção de justiça organizacional”.

A concretização deste trabalho só será possível com a colaboração dos colegas, pelo que solicita a V. Ex.^{as} autorização para a distribuição do questionário anexo aos enfermeiros da Instituição.

Pede Deferimento

Águeda, 20 de Maio de 2004

Ex.mo Senhor
Presidente do Conselho de Administração do
Hospital de Anadia

Elsa Maria Viegas Rodrigues, Enfermeira chefe do Hospital Distrital de Águeda, encontrando-se a frequentar o Mestrado de Gestão Pública na Universidade de Aveiro, necessita para o concluir , realizar um trabalho de investigação, em que pretende estudar o tema “Avaliação de desempenho dos enfermeiros e justiça organizacional”.

A concretização do estudo só será possível se contar com a colaboração dos colegas pelo que solicitava a V. Ex^a autorização para a distribuição do questionário anexo aos enfermeiros dessa Instituição.

Pede Deferimento

Águeda